TOM VIII. ZESZYT 1—2.

# Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

**ORGAN POLSKIEGO T^WA^ OTO-LARYNGOLOGICZNEGO**

WYCHODZI ZESZYTAMI, CZTERY ZESZYTY ROCZNIE, PRZY WSPÓŁUDZIALE

D-ra L. Batawji, D-ra B. Chorążyckiego, D-ra J. Czarneckiego, D-ra C. Czarnowskiego, D-ra Z. Dobrowolskiego, Doc. A. Dobrzańskiego, D-ra F. Gotfryda, D-ra W. Gumińskiego, D-ra D. Hellina, D-ra B. Karbowskiego, D-ra J. Kmity, D-ra M. Koenigsteina, Prof. A. Laskiewicza, D-ra L. Lublinera, D-ra O. Pęskiego, D-ra J. Pieniążka, D-ra R. Sinołęckiego, D-ra Z. Srebrnego, D-ra S. Szumkowskiego, D-ra A. Schwarzbarta, Prof. J. Szmurły, D-ra E. Tryjarskiego, Doc. T. Wąsowskiego i Prof. T. Zalewskiego.

Redaktor Naczelny: Prof. D-r J. SZMURŁO.

Wydawca: D-r J. CZARNECKI.

Sekretarz Redakcji: Doc. T. WĄSOWSKI.

**Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74**

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

---



---

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ", DRUK. „PAX", WILNO, ŚW. IGNACEGO Nr 5

## TREŚĆ NUMERU.



## SOMMAIRE.




TOM VIII. ZESZYT 1—2.

# Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny

**ORGAN POLSKIEGO T<u>WA</u> OTO-LARYNGOLOGICZNEGO**



**Adres Redakcji i Administracji: Wilno, Klinika Otolaryn. Tel. 74**

Konto P. K. O. Tow. Otolaryngologicznego w Warszawie 5033.
Pol. Przeg. Otol. — 80818.

Cena pojedyńczego zeszytu 5 złotych.
„ podwójnego „ 10 „

**CENA OGŁOSZEŃ: za całą stronę 60 zł., za pół 30 zł., za ćwierć 15 zł.**

Rękopisy nadesłane do Redakcji muszą być odbite na maszynie.

TOW. WYD. „POGOŃ". DRUK. „PAX". WILNO. ŚW. IGNACEGO Nr 5



TOM VIII. ZESZYT 1—2.

POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

Podał Prof. Dr. LASKIEWICZ.

# O schorzeniach migdałka językowego.

Powyższy temat był niejednokrotnie przedmiotem licznych rozpraw naukowych, jednak ze względu na bogatą kazuistykę oraz cały szereg objawów klinicznych, związanych z rozrostem i stanami zapalnemi migdałka językowego, którym w ostatnich czasach dużo poświęcono uwagi w naszem piśmiennictwie otolaryngologicznem, zasługuje, zdaniem mojem, na szersze omówienie.

Nazwą *tonsilla linqualis*, *v. tonsilla quarta*, określamy nagromadzenie grudek chłonnych na korzeniu języka w postaci ziarnistych wyniosłości, wystających ponad powierzchnią śluzówki a rozciągających się od rzędu brodaweczek okolonych języka aż prawie ku nagłośni i na boki, w najbliższe sąsiedztwo migdałków podniebiennych. Budowa histologiczna mieszka chłonnego na korzeniu języka przedstawia nagromadzenie ciałek białych na przestrzeni kilku mm$^3$ wśród wiotkiej tkanki łącznej podśluzowej, pokryte na zewnętrznej powierzchni nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, dające twór o zarysach okrągłych lub owalnych. W środku tej grudki znajduje się ujście gruczołu śluzowego, dokoła którego ciałka białe ułożone są w formie grudek z wyraźnem przejaśnieniem w środku (centrum rozrodcze), odcinającem się od ciemniejszego zewnętrznego pasma brzeżnego. Dokoła tych poszczególnych mieszków migdałka językowego znajdujemy gęstą siatkę naczyń żylnych o cienkich ściankach, tworzących miejscami żylakowate rozszerzenia. Naczynia chłonne są tu również obficie rozgałęzione, tworząc gęsty splot dookoła grudek chłonnych (*Told*). Grubsze ich pnie zwracają się symetrycznie po obu bokach nasady języka w głąb łukowato ku tyłowi do gruczołów chłonnych podszczękowych. Jeżeli zwrócimy uwagę na wielkość i kształt migdałka językowego, to uderza niemal w każdym przypadku ta rozmaitość w zachowaniu się grudek chłonnych na korzeniu języka pod względem ilości i przeciętnego wymiaru w stosunku do najbliższego otoczenia (brodaweczki okolone, zakładki podniebienno-

językowe, dołki językowo-nagłośniowe, górny brzeg nagłośni). To też niełatwą jest rzeczą ściśle określić, kiedy właściwie ma się do czynienia z rozrostem migdałka językowego.

Cały szereg autorów, jak *Kersting*, *O. Seiffert i M. Bride* starali się problem ten rozwiązać przez określenie stosunku szczytu nagłośni do podstawy języka, a w szczególności grudek chłonnych, tamże się znajdujących. Cechą zatem rozrostu migdałka językowego jest, według tych autorów, dotykanie szczytu nagłośni przez powiększone grudki chłonne i to także w tych przypadkach, w których cała nagłośnia nie jest zbyt przechylona ku przodowi. Pod względem etjologicznym wchodzą w rachubę ostre i przewlekłe zapalenia gardła zwłaszcza o typie rozrostowym, *pharyngitis chron. granulosa et retroarc.*, stany zapalne migdałków, podniebienia, śluzówki jamy ustnej (*stomatitis merc.*, *gingivitis e carie dent.*), dalej stałe drażnienie śluzówki połyku gorącemi potrawami, a zwłaszcza zawierającemi piekące korzenie, pieprz, paprykę, ocet, alkohol, tytoń i t. p.

Na podstawie licznych przypadków rozrostu migdałka językowego, spostrzeganych w naszej klinice, dodałbym jeszcze rozrost na tle nieżytu kwaśnego żołądka (drażnienie sokiem żołądkowym, wydostającym się przez czas dłuższy podczas regurgitacji), skazy limfatyczno-wysiękowej, leukemji (*Linsmeyer*, *Aaler*, *Schultze*, *Seiffert*), *status thymicolimfaticus* (*Bilancioni*). Badanie laryngoskopowe wykazuje w tych przypadkach follikuły na korzeniu języka w całości znacznie powiększone, przedzielone przez brózdę środkową na dwie symetryczne połowy, które zakrywają częściowo od boków i góry wolny brzeg nagłośni (*incarceratio epiglottidis Solis*, *Cohen*). W innych znów przypadkach mogą te bladoróżowe, powiększone grudki chłonne przedstawiać jednolity twór na podstawie języka nieprzedzielony wspomnianą bruzdą (*Bilancioni*). A wreszcie spotyka się i takie przypadki, w których tylko jedna połowa migdałka językowego wykazuje znaczniejszy rozrost, druga natomiast jest bez zmian, lub co najwięcej w postaci bladoróżowych grudkowatych wzniesień wielkości grochu. Forma rozlana powiększonego migdałka językowego, opisana przez *Escata*, cechuje się wystąpieniem pojedyńczych grudek chłonnych na całej powierzchni korzenia języka, wielkości soczewicy, koloru żywo-czerwonego, odcinającego się ostro od szarej i gładkiej błony śluzowej podścieliska.

*Ferreri* i *Mongardi* opisywali przypadki pseudoleukemji, w której jako jeden z pierwszych objawów klinicznych tej choroby, dał się zauważyć rozrost znacznego stopnia grudek chłonnych na korzeniu

języka, dochodzących wielkości małej wiśni. Natomiast w przebiegu kiły 3-ciorzędnej, nieżytach zanikowych gardła, oraz daleko posuniętej gruźlicy płuc i krtani, spotykałem przeważnie zanik grudek chłonnych na korzeniu języka. Obraz drobnowidowy rozrosłego migdałka językowego przedstawia w ogólności te same cechy charakterystyczne co rozrosły migdałek podniebienny (patrz rys. III-ci). A mianowicie znajdujemy wśród tego utkania chłonnego wzrost liczby grudek chłonnych, powiększenie się objętości tych grudek przy równoczesnym rozroście ośrodków rozmnażania w samych grudkach chłonnych, w których też można wykazać żywe procesy karjokinetyczne. Wskutek tego stosunek wielkości ośrodków rozmnażania do wielkości grudki limfatycznej w rozrosłym migdałku językowym zmienia się na korzyść tegoż ośrodka, dochodzącego nieraz do $^{3}/_{4}$ objętości danej grudki. Ośrodek ten wykazuje w ogólności jaśniejsze zabarwienie aniżeli obwód danej grudki limfatycznej. Nabłonek, wyściełający wnętrze mieszka grudki chłonnej na korzeniu języka, jest wielowarstwowy płaski, często znacznie grubszy jak na powierzchni językowej grudki. Wskutek bardzo żywej migracji ciałek białych z wnętrza grudki chłonnej do światła mieszka, okazuje warstwa nabłonkowa w tej właśnie części silne przepojenie ciałkami białemi aż do najgłębszych warstw w odróżnieniu od wyściółki nabłonkowej wolnej powierzchni danej grupki chłonnej.

Z objawów podmiotowych występuje najczęściej uczucie ściskania i zawadzania w gardle, wywołane jak gdyby uwięzniętem ciałem obcem, zależnie zresztą od nasilenia procesu zapalnego i od indywidualnej wrażliwości danego osobnika. Uczucie to umiejscawiają chorzy najczęściej w okolicy pozagnykowej (odpowiednio do topografji migdałka języka), lub po obu bokach (rożkach) kości gnykowej, symetrycznie raz po jednej to znów po drugiej stronie. Co się zaś tyczy rodzaju tych parestezyj, to są one u różnych osobników dość rozmaite. Jedni skarżą się na uczucie ciała okrągłego w gardle, jak naprz. małego ziarnka grochu, to znów kuli lub kluski, inni natomiast mają uczucie ciała ostrego: igły, ości, małej kostki, włosa lub szczeciny, tkwiącej gdzieś poza kością gnykową w gardle. U pewnej grupy osobników neurastenicznych spotykamy skargi na obecność jakiegoś ciała okrągłego w gardle, poruszającego się od góry ku dołowi (*globus hyst.*) i to ze zmiennem nasileniem w różnych porach dnia, często najsilniej wieczorem lub także i w nocy w pozycji leżącej chorego. Do powyższych objawów dołącza się niekiedy jeszcze uczucie pieczenia w gardle, ucisku w dołku podsercowym oraz kłucie

w okolicy międzyłopatkowej. Uczucia te zmuszają chorych do częstszych ruchów połykowych, zmierzających do usunięcia tego rzekomego ciała obcego w gardle, przyczem zwykle zostaje połknięta pewna ilość powietrza (*aërophagia*). Jest rzeczą znamienną, że po dłuższem mówieniu lub śpiewie uczucie to znacznie się potęguje i przyczynia do wystąpienia ciężkich objawów fonastenicznych załamywania się tonów. Natomiast podczas przełykania potraw uczucie to znika zupełnie. Od czasu do czasu zdarza się, że chorzy podczas połykania większych kęsów łatwo się zachłystują, co może mieć wytłumaczenie w tem, że tonus mięśni gardłowych dolnych jest w tych wypadkach nieco upośledzony. Potwierdziły to moje przypuszczenie liczne obserwacje wspomnianych przypadków, w których udało mi się stwierdzić dłuższe zaleganie połkniętej papki barowej na wysokości gardła dolnego.

Załączony roentgenogram (rys. I-szy) mężczyzny lat 31, P. B., cierpiącego na *hyperplasia tcns. lingualis* illustruje dokładnie ów niedowład mięśni skurczowych gardła dolnego. Oprócz tego skarżą się chorzy w przebiegu powyższego cierpienia na ciągłe chrząkanie oraz napady suchego kurczowego kaszlu ze skąpą wydzieliną śluzową o wyglądzie małych szklistych kuleczek, która z trudnością tylko bywa wydalana nazewnątrz. Do rzadszych objawów należą jakieś nieokreślone uczucia opresji na mostku, utrudniające wykonanie głębokiego wdechu, to znów ściskania w okolicy szyi, które u osób bardzo wrażliwych potęgują się niekiedy do ataków skurczu głośni (*laryngospasmus, ictus lar.*). Wspomnieć tu należy również o zaburzeniach w mowie i śpiewie wskutek zwężenia dolnej części gardła i nieodpowiedniego resonansu nasady. A wreszcie nudności, napady suchego kaszlu i zadyszki, bóle neuralgiczne szyi i karku dopełniają obraz tych dolegliwości, związanych ze schorzeniem migdałka językowego. Przy badaniu laryngoskopowem uderza wówczas znaczne powiększenie grudek chłonnych na korzeniu języka o zabarwieniu bladoróżowem, przedzielonych niekiedy brózdą podłużną na 2 połowy, które obejmują, względnie zakrywają szczyt nagłośni. Obmacywanie sondą, którego w tych wypadkach nie należy nigdy pomijać, wykazuje wyraźną bolesnosć pewnych grup wspomnianych grudek chłonnych w miejscach, które naogół odpowiadają lokalizacji owych dolegliwości w gardle. Ten sposób badania jest w praktyce bardzo ważny i o wiele subtelniejszy aniżeli obmacywanie palcem korzenia języka, zalecanym ongiś przez *Ziema*. Następnie zniknięcie dolegliwości

w gardle po zakokainizowaniu owych miejsc bolesnych na dotyk jest również szczegółem, potwierdzającym ich właściwe pochodzenie.

Do często spotykanych zmian, towarzyszących rozrostowi migdałka językowego należą rozszerzenia żylakowate żył na korzeniu języka (*varices ad basim linguae*). Pominąwszy owe fantastyczne teorje o związku tych rozstrzeni żylnych ze schorzeniem naczyń mózgowych (*aneurysmata miliaria Maurer*), uważanych przez *Gillota* za rodzaj *„cerebroscopie linquale"*, zaznaczyć należy, iż większość autorów francuskich i niemieckich upatrywała właściwą przyczynę w rozroście samego migdałka językowego i nieżycie przewlekłym rozrostowym gardła. *Route* potwierdzając to zapatrywanie wskazuje na związek żylaczków na korzeniu języka z ogólną pełnokrwistością, względnie z zastojem krwi żylnej w obrębie szyi (struma, nowotwory krtani) i głowy (tumory śródczaszkowe). Co do wielkości i kształtu tych rozstrzeni żylnych na korzeniu języka zaznaczyć należy, że w przypadkach rozrostu migdałka językowego, naczynia żylne na podstawie języka, rozciągające się aż do nagłośni oraz bocznych ścian gardła, przedstawiają się w postaci grubych sinoczerwonych postronków z licznemi ampułkowatemi rozstrzeniami, ułożonemi na całej długości naczynia, To różańcowate rozdęcie ściany naczyniowej, ułożonej tuż pod śluzówką, sprawia niekiedy wrażenie większych wynaczynień. Dolegliwości podmiotowe wywołane rozszerzeniem żył na korzeniu języka, pokrywają się z temi, jakie występują przy rozroście migdałka językowego, a nadto mogą jeszcze występować krwawienia z gardła wskutek pęknięcia tych rozdętych ścianek żylnych w trakcie połykania twardszego kęsu, względnie napadów silnego kaszlu.

*Jaques* spotykał przy rozroście grudek chłonnych na korzeniu języka prawie z reguły zgrubienie brodawek okolonych i listewkowatych po bokach języka, których dotknięcie zgłębnikiem sprawia choremu ból.

Sprawy *zapalne ostre* migdałka językowego przebiegają pod postacią zwykłej 1) *amygdalitis follicularis ac.*, zwanej też *tonsillitis praeepiglottica ac*: 2) *peryamygdalitis phlegmonosa baseos linquae*. 3) *glossitis ac. radicis et corporis linquae*, łącząca się często z flegmoną podszczękową. Co się tyczy tej pierwszej postaci *omygdalitis follicularis ad basim linquae*, to już *V. Massei* zaliczał ją do objawów, spotykanych często w ostrem zapaleniu migdałków podniebiennych, któreto obrzmienie grudek chłonnych na korzeniu języka znika łatwo po zastosowaniu płókań środkami dezynfekcyjnemi ($H_2O_2$, kwas borny,

kali chloric.). W przypadkach spostrzeganych w naszej klinice przyczyną tej postaci schorzenia migdałka językowego był ostry stan zapalny migdałków podniebiennych i gardła, rzadziej choroby jamy ustnej, jako to *stomatitis mercur.* lub ciała obce, wbite w powierzchowne warstwy grudek chłonnych na korzeniu języka. W ostatnim przypadku występowały zazwyczaj silniejsze bóle uciskowe, połączone z uczuciem kłucia i palenia w gardle, żywszem wydzielaniem się śliny a nadto silnie wzmożonem łaknieniem. Niekiedy w wyglądzie zewnętrznym migdałka językowego, znajdującego się w stanie ostrego zapalenia, zachodzą wyraźne zmiany pod postacią znaczniejszego obrzęku i zaczerwienienia grudek chłonnych, których krypty wykazują w ujściach szarobiaławe czopy, złożone z mas serowatych, przy ucisku łatwo się dające usunąć. Rzadziej zdarza się, że owe pojedyńcze czopy zlewają się ze sobą w większe białawe plamy, rozciągające się na powierzchni tych grudek chłonnych, jak to ma miejsce w *angina lacun. confluens.*

Z momentów etjologicznych wchodzi w grę ostre zapalenie migdałków podniebiennych i gardła, które przechodzi w dalszym ciągu na migdałek językowy, dając wyżej opisane zmiany. Czas trwania przeciętnie od 5 do 7 dni. Na załączonym rysunku III-cim, pochodzącym z przypadku *tonsillitis follicul. ac. ad radicem linquae* u mężczyzny lat 28, M. B., widzimy wyraźne zatarcie zarysów grudek chłonnych. Ich ośrodki rozmnażania mimo dość intensywnego barwienia się elementów składowych nie odcinają się wyraźnie od szerokiej warstwy brzeżnej. Prócz tego widać intensywne przepojenie nabłonka kryptowego wędrującemi ciałkami białemi. Warstwa nabłonkowa powierzchni, zwróconej do światła krypty, wykazuje miejscami wyraźne zcieńczenie wskutek rozpadu poszczególnych komórek. *Detritus* złuszczonych komórek nabłonkowych wraz z emigrującemi ciałkami białemi i całą masą drobnoustrojów tworzą wspomniany czop kryptowy.

*Ruault* opisał też rzadką postać *tonsillitis lacunaris desquamativa* o podobnym wyglądzie, która była przyczyną bólów i uczucia silnego gniecenia w gardle na wysokości kości gnykowej. Ciężkiem powikłaniem tego ostrego stanu zapalnego migdałka językowego jest *amygdalitis phlegmonosa linguae* lub *tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa*, opisana przez *Ebertsheima i Butlina* jako forma rzadka, będąca często następstwem anginy mieszkowej. W tej postaci obrzęk zapalny nie jest wyłącznie tylko ograniczony do grudek chłonnych na korzeniu języka, lecz przechodzi także na sam miąższ języka

i jego najbliższe otoczenie. Powstaje wówczas ciężkie pod względem klinicznym powikłanie, które często łączy się z nagłym obrzękiem głośni, wymagającym natychmiastowej tracheotomji.

Przypadek *tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa* obserwowałem u mężczyzny lat 35 w przebiegu anginy mieszkowej z wysoką gorączką oraz silnemi bólami przy połykaniu i uczuciem duszności. Badanie laryngoskopowe wykazało silne zaczerwienienie i obrzęk migdałka językowego jak również całej nagłośni, przyczem zagłębienia dołkowate „*valleculae*" były prawie zupełnie zatarte. Do tego dołączał się obrzęk obu ślinianek podszczękowych, które przy obmacywaniu od zewnątrz wykazywały znaczną bolesność. Cały obraz kliniczny przemawiał za ciężkiem schorzeniem. Po wstrzyknięciu 4 $c^3$ propidonu, okładów lodowych na przód szyi i wdychiwań 0,5% rozczynu $ZnSO_4$ z dodatkiem 0,1% adrenaliny, sprawa cofnęła się po kilku dniach zupełnie. Z innych momentów etjologicznych występowania *tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa* wymienić należy urazy, spowodowane połknięciem czy też uwięznięciem ciał obcych, zwłaszcza kości, ości, szczeciny, gwoździ, igieł i t. p., a następnie parzeniem tegoż miejsca gorącym kęsem lub chemikaljami. Główne skargi chorego dotyczą silnych bólów w przedniej części szyi, promieniujących ku górze oraz ku tyłowi, bólów przy połykaniu, powodujących znaczne zaleganie śliny w zatoce gruszkowatej, względnie ślinotok. Ruchy języka przy wyciąganiu jak w większej jeszcze mierze przy mówieniu, są znacznie utrudnione, toteż mowa już od samego początku jest niewyraźna, bełkocząca i bezdźwięczna. Istnieje prócz tego trudność w szerokiem otwieraniu ust, a równocześnie wyciągnięty do połowy język zbacza wyraźnie na stronę zdrową (objaw *Sebileau*). Nadto obrzęk nagłośni, a często też i całego wejścia krtaniowego powoduje napady duszności. Obmacywanie palcem tylnej części języka stwierdza wybitną bolesność na jego korzeniu, przyczem okolica ta wykazuje konsystencję ciastowatą, względnie nawet wyraźne chełbotanie. Wytworzony w tem miejscu ropień, o ile nie zostanie wcześnie nacięty, przebija się około 8—10-tego dnia samoistnie na zewnątrz. W rzadszych natomiast przypadkach naciek posuwa się mimo to dalej na dno jamy ustnej oraz na szyję, dając z jednej strony obrzęk wejścia i wnętrza krtaniowego, zmuszający do wykonania tracheotomji, z drugiej znów łatwość zakażenia całej płaszczyzny dna jamy ustnej oraz śródpiersia, co stanowi ciężkie powikłanie, zagrażające życiu chorego.

W przypadku ropowicy całego języka (*glossitis interstitialis anter,*

*Hahn*) wyżej opisane objawy są jeszcze silniej wyrażone, a mianowicie przychodzi częściej do zajęcia śródpiersia wskutek obsunięcia się ropnia na szyję lub przez zakażone skrzepy żylne.

W wyżej opisanych ostrych postaciach zapaleń migdałka językowego z przejściem na sam miąższ języka stosowałem w samym początku zawsze propidon w ilości 5 $c^3$. domięsniowo, w celu przyśpieszenia zropienia nacieku; od zewnątrz na szyję kataplasmy, względnie okłady z gliceryny. Dopiero kiedy objawy miejscowe (wyczuwalne chełbotanie) oraz badanie krwi a mian. wyraźnie leukocytoza z odchyleniem formuły *Arnetha* w lewo, wskazywały już stanowczo na obecność ogniska ropnego w tem miejscu, przystępowałem do nacięcia tegoż ropnia cięciem w linji środkowej ku tyłowi, a następnie korncangiem na tępo dochodziłem do ropnia bez obawy skaleczenia naczyń głębokich języka. W ciągu 2-ch następnych dni trzeba było jeszcze rozszerzać sklejone brzegi rany, poczem już następowało szybkie cofanie się nacieku. Częstemi wziewaniami z O. 5% rozcz. $ZnSO_4$ starałem się zapobiec wystąpieniu obrzęku błony śluzowej wejścia krtaniowego.

Z całego szeregu zmian spotykanych na korzeniu języka na tle grzybicy zasługuje na uwagę w pierwszym rzędzie *soor*, *mycosis sarcinica* a następnie *keratosis* mieszkowa utkania chłonnego połyku znana dawniej pod nazwą *mycosis leptotricia pharyngis et ad radicem linguae*. Co się tyczy tej pierwszej postaci, to znaną jest rzeczą, że pleśniawki na korzeniu języka powstają często przy pleśnicy jamy ustnej i gardła na podłożu kwaśnem u dzieci wyniszczonych, u których jama ustna jest niedostatecznie pielęgnowana. Również u osobników dorosłych w przebiegu chorób zakaźnych jak to tyfus brzuszny i osutkowy, przy ciężkiej grypie, zapaleniu płuc może wystąpić *soor* w jamie ustnej, gardle a między innemi także i na korzeniu języka oraz na zewnętrznej powierzchni nagłośni (*Freudenberg*, *Thorner*). Wygląd tych nalotów pleśniakowych jest charakterystyczny. Drobne, wielkości główki szpilki, białe naloty z żywoczerwonem halo, miejcami, zlewające się w większe białe plamy. Po ich stosunkowo łatwem usunięciu powstają powierzchowne owrzodzenia, dające niejednokrotnie silne bóle przy połykaniu i ulegające stosunkowo dość trudno wygojeniu.

Druga postać *mycosis sarcinica* należy do zmian rzadko spotykanych w gardle i na korzeniu języka. Opisał ją pierwszy *Friedreich* jako drobne białawe naloty na języczku, łukach podniebiennych, migdałku językowym, przedniej powierzchni nagłośni oraz zatokach

gruszkowatych w przebiegu duru brzusznego, ciężkiej postaci zapalenia płuc oraz szybko postępującej gruźlicy płucnej.

*Fischer i Neuwerk* dowiedli, iż sarciny znajdują się w większej ilości w śluzie jamy ustnej u osobników całkiem zdrowych przy zaniedbanej jej hygjenie lub stanach zapalnych. U starców zaś ze znacznie podupadłem odżywieniem znaleźli *Fischer i Hauser* białawe punkcikowate naloty na korzeniu języka, przypominające na pierwszy rzut oka *soor*.

Badanie bakterjologiczne wykazało obecność sarciny odmiennej od typu żołądkowego i innych rodzajów sarcin a zbliżonej raczej do typu znajdywanego często w śluzie oskrzelowym. To też powyżsi autorowie zaliczyli ten rodzaj sarcin, spotykany na korzeniu języka, do typu sarcina pulmonum, który aczkolwiek sam przez się nie jest w stanie wywołać jakichkolwiek zmian zapalnych na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych mimo to jednak ich obecność na migdałku językowym u osobników ze znacznie podupadłem odżywieniem daje objawy kliniczne i podmiotowe podobne do *soor*. Wreszcie *keratosis pharyngis* zwana też przez *Fränkla i Jacobsona mycosis leptotricia pharvngis et ad basim linquae*, przez *Siebenmanna hyperkeratosis lacunaris*, przez *Wysokowicza* zaś *pharyngitis ceratosa punctata*, przedstawia proces nadmiernego rogowacenia nabłonka kryptowego i powierzchownego grudek chłonnych migdałka podniebiennego, językowego, oraz bocznej ściany gardła. Teorje, uważające grzybka *leptotrix* za ów agens patogenny parakeratozy utkania chłonnego pierścienia *Waldeyera* nie mają dziś już racji bytu wobec nowszych badań i spostrzeżeń klinicznych *Onodiego*, *Gäberta*, *Hamma*, *Tornhorsta i Anthona*. Zdaniem powyższych autorów chodzi tu w pierwszym rzędzie o ogniska parakeratotyczne rozłożone często bezładnie w jednej i tej samej grupie grudek chłonnych połyku czy korzenia języka, przyczem niektóre nawet blisko siebie położone krypty nie wykazują zgoła żadnego procesu rogowacenia. Fakt ten przemawiałby przeciwko teorji *Gäberta*, który odnosił przyczynę powstawania parakeratozy do pewnych wrodzonych anomalij nabłonka kryptowego, okazującego skłonność do rogowacenia pod wpływem czynników mechanicznych bliżej nieznanych. Również i ta okoliczność że cierpienie to występuje zwykle u osobników starszych i znika często samoistnie bez leczenia, zwłaszcza po doszczętnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych, potwierdziłoby powyższe zapatrywanie.

Badania histopatologiczne poszczególnych ognisk parakeratotycznych dokonane przez *Wysokowicza*, wykazały obecność wielkiej

ilości cienkich pałeczek, przypominających na pierwszy rzut oka prątki dyfterji, ułożone pomiędzy warstwami zrogowaciałego nabłonka. Prątek ten zwany przez *Wysokowicza i Januszkiewicza „bacillus ceratodes"*, okazuje miejscami wyraźną polimorfję (formy pałeczkowate lekko zgięte lub na jednym końcu zgrubiałe) i jest *gramododatni*. *Anthon* zaś stwierdził na przypadkach *keratosis pharyngis* w obrębie krypt grudek chłonnych bocznej ściany gardła, migdałków podniebiennych i językowego obecność większej ilości prątków otoczkowych z grupy *Friedländera* które dały się wyhodować z powyższych krypt w każdym przypadku nawet po 3-ch tygodniach po przejściu ostrej sprawy zapalnej związanej z temi cierpieniami.

Na pożywkach agarowych z krwią i pożywce *Loefflera* dawały prątki te typowe szarobiaławe śluzowe kolonje, rozkładające cukier gronowy i nie barwiące się Gramem. Względem myszy białej odznaczają się one niezwykłą jadowitością. Spostrzeżenie to potwierdzili w dalszym ciągu *Hamm i Torhorst*, wykazując w 3-ch przypadkach *keratosis pharyngis* obecność wielkiej ilości powyższych prątków otoczkowych w skrawkach z poszczególnych grudek chłonnych połyku oraz na korzeniu języka, barwionych błękitem metylowym polichromnym *Unny* wzgl. barwikiem *Giemzy*. Również udało się wyżej wspomnianym autorom wykazać większe skupienia prątków z grupy *Friedländera* (gramoujemnych) nie tylko we wnętrzu danej krypty migdałkowej pomiędzy pojedyńczemi blaszkami parakeratotycznie zmienionego nabłonka, lecz w równej mierze także i na wolnej powierzchni migdałka, zwróconej do światła połyku. Jakkolwiek nie udało się dotąd przez przeszczepienie prątków otoczkowych z grupy *Friedländera*, wyhodowanych z przypadku *keratosis pharyngis*, wywołać analogicznego schorzenia u drugiego osobnika, a tem mniej u zwierząt doświadczalnych, to należy mimo to z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć ich udział w powstawaniu zmian parakeratotycznych utkania chłonnego połyku. Za tem twierdzeniem przemawiałby dodatni wynik badania bakterjologicznego, wykazujący w każdym przypadku parakeratozy wielką ilość powyższych prątków otoczkowych w kryptach odnośnych grudek chłonnych. Po przeszczepieniu tych prątków do krypty migdałka u osobnika zdrowego, można zauważyć już po kilku dniach pojawienie się małej, szarobiaławej śluzowej plamki w obrębie danej krypty, pochodzącej od częściowo zgrubiałej warstwy nabłonkowej oraz wzmożonej produkcji śluzu przez te otoczkowce, których obecność udało się stwierdzić jeszcze po szeregu tygodni w miejscu zaszczepienia.

Zdaniem *Hamma i Torhorsta* zarówno wzmożona produkcja śluzu stanowi ów swoisty bodziec jak w większym jeszcze stopniu znaczna wirulencja prątków otoczkowych z grupy *Friedländera* wywołuje głębokie zmiany w nabłonku kryptowym, których wynikiem jest jego nadmierne rogowacenie. Masy zrogowaciałego nabłonka znajdują się w wielkiej ilości w dnie danej krypty, a po jej całkowitem wypełnieniu wysterczają ponad powierzchnię kieszonki w postaci kolców lub tworów nitkowatych często postrzępionych. Prócz tego także wolna powierzchnia migdałka pomiędzy poszczególnemi kryptami może wykazywać podobny proces rogowacenia (*Siebenmcnn*) który to obraz spotyka się często w obrębie migdałka językowego. W tych miejscach zrogowaciałe masy nabłonkowe wykazują charakterystyczną dla tego procesu zdolność odnawiania się mimo ciągłych urazów mechanicznych przy połykaniu, powodujących ich uszkodzenie, całkowite lub częściowe oderwanie się, względnie znaczne rozpulchnienie powierzchownych warstw nabłonkowych.

Na przekroju podłużnym przez całą grudkę chłonną migdałka językowego widać poszczególne blaszki parakeratotyczne zmienionego nabłonka, ułożone równolegle względem siebie nakształt liści cebuli, to znów przechodzące w nieregularnie rozgałęzione utwory o słabo barwiącem się jądrze. Miejscami spotyka się komórki najbardziej powierzchownej warstwy nabłonkowej o zatartych zarysach struktury komórkowej, zlewające się ze sobą w mniej lub więcej jednolite warstwy, które wyściełają wnętrze danej krypty, a w dalszym ciągu przechodzą bez ostrej granicy w zrogowaciały nabłonek wolnej powierzchni migdałka językowego. Barwieniem sposobem *Giemzy* można wykazać, że komórki warstwy zrogowaciałej zmieniły się w jednolitą bezstrukturową masę, barwiącą się intensywnie różowo (dowód zrogowacenia). Niższa warstwa, sięgająca daleko w głąb rete *Malpighi*, składa się z komórek nieco wydłużonych o jasnej protoplazmie, zawierającej liczne wodniczki, a prócz tego ziarna chromatyny rozpadłych jąder komórkowych. Brak jest tu miejscami błonki podstawnej (*Siebenmann, Entz*). Komórki najgłębszej warstwy podstawowej okazują tu i ówdzie również wyraźną chromatolizę, a prócz tego są poukładane często bezładnie, skośnie lub płasko, a w miejscach najsilniej występującej parakeratozy są otoczone licznemi komórkami plazmatycznemi i eozynochłonnemi. Zachowanie się grudek chłonnych, komórek plazmatycznych, tkanki łącznej siateczkowatej oraz naczyń krwionośnych poza nielicznemi złogami hemosyderyny w komórkach łącznotkankowych, zmian większych nie przedstawia.

W spostrzeganych i leczonych 8-miu przypadkach *keratosis pharyngis et ad basim linguae*, chodziło w 3-ch o wyraźny rozrost migdałka językowego bez cech ostrego zapalenia. W jednym tylko przypadku podmiotowe skargi chorego na ból kłujący przy połykaniu, promieniujący ku uszom, oraz obrzęk gruczołów ślinowych podszczękowych, naprowadziły mię na rozpoznanie ostrego początku *keratosis lacun. ad basim linguae*, przy nieznacznem zaczerwienieniu całego migdałka językowego i obecności licznych czopów parakeratotycznych na całej jego powierzchni. Po usunięciu tych czopów i zastosowaniu miejscowem środków ściągających, bóle i obrzęk gruczołów ustąpiły całkowicie.

Z objawów podmiotowych w przebiegu *keratotis lacun. ad basim linguae* zaznaczyć należy w przypadkach bardziej przewlekłych uczucie łechtania w gardle, suchości, lekkiego zawadzania przy połykaniu, potęgującego się niekiedy do uczucia ciała obcego na wysokości krtani. Dolegliwości te zmuszają chorego do częstego odchrząkiwania i kaszlu. Uczucie ściskania w okolicy szyi przyprawia tych chorych o niepokój i ogólne rozdrażnienie na tle obawy przed jakąś ciężką i nieuleczalną chorobą krtani. Przy badaniu laryngoskopowem stwierdza się na korzeniu języka podobnie jak na migdałkach podniebiennych oraz na bocznej ścianie gardła biało-żółtawe plamki, względnie wydłużone czopki, na kształt wyrośli kolczastych, sterczących z ujścia danej krypty. Zmiany te mogą niekiedy obejmować cały pierścień chłonny *Waldeyera* i mimo dość gęsto obok siebie leżących czopów parakeratotycznie zmienionego nabłonka, nie okazują one nigdy skłonności do zlewania się.

W przypadkach o przewlekłym przebiegu błona śluzowa w najbliższem otoczeniu powyższych ognisk keratotycznych zmian nie wykazuje. Silne przyleganie owych czopów do powierzchni błony śluzowej tłumaczy się ściślejszym związkiem tej zrogowaciałej masy nabłonkowej z nabłonkiem kryptowym oraz wolnej powierzchni odpowiedniej grudki chłonnej. Tem też tłumaczy się owa uporczywość powyższego procesu parakeratotycznego, obejmującego grudki chłonne gardła i połyku na środki miejscowe nawet dość energicznie działające, jak kwas chromny, trójchloroctowy czy tra jodi. Z drugiej znów strony łączność ta tłumaczyłaby nam poniekąd ową zdolność szybkiego odradzania się tych czopów, narażonych niejednokrotnie na urazy mechaniczne podczas aktu połykowego. Do jakiego stopnia przylegają one silnie do swego podłoża, świadczy fakt, że niejednokrotnie nie wystarcza usunięcie tych sterczących ponad powierzchnię

czopków ostremi kleszczykami, lecz trzeba prócz tego jeszcze użyć ostrej łyżeczki lub małego haczykowatego raspatora by móc doszczętnie oczyścić małą kryptę z mas parakeratotycznych. Chcąc zaś przeciwdziałać ich odnowie, stosowano miejscowe pędzlowania 10% roztworem alkoholowym kwasu salicylowego, sublimatu, względnie roztworem 2‰ nikotyny (podanym przez *Jurasza*). *Knight* pierwszy zaproponował niszczenie tych tworów parakeratotycznych przy pomocy galwanokauteru.

W 2-ch przypadkach keratozy gardła, migdałków podniebiennych i językowego, w których mimo kilkakrotnego usuwania czopów parakeratotycznych kleszczykami i haczykiem proces ten stale się odnawiał, otrzymałem całkowite wyleczenie dopiero po doszczętnem wyłuszczeniu migdałków podniebiennych.

Gruźlica migdałka językowego występuje pod postacią licznych, drobnych gruzełków, obejmujących pojedyńcze grudki chłonne ze skłonnością do rozpadu i tworzenia mnogich powierzchownych owrzodzeń w tych miejscach, jak to naprz. się zdarza przy rozsianej gruźlicy gardła (postać *Isamberta*). Z drugiej znów strony spotyka się pojedyńcze owrzodzenia na korzeniu języka w końcowych stadjach gruźlicy krtani i płuc w postaci większych ubytków o zatokowatych brzegach, kraterowatem dnie, drążącem w głąb, pokrytem niejednokrotnie małemi gruzełkami. W sprawie tocznia (*lupus*) w obrębie migdałka językowego żadnej wzmianki w piśmiennictwie odnośnem nie znalazłem. Co się zaś tyczy zmian kiłowych na migdalku językowym, to jednym z pierwszych, którzy postać tę dokładnie opisali pod względem klinicznym i histopatologicznym, byli *Türck i Seiffert*. Zdaniem tych autorów, postać rumieniowa (*erythema*) w 2-gim okresie kiły zdarza się tu niezwykle rzadko. Częściej natomiast (około 40%) spotykamy kłykciny pod postacią nacieków z szarawym nalotem, obejmującym większą część grudek chłonnych korzenia języka. Zmiany te występują procentowo częściej u mężczyzn niż u kobiet, prawdopodobnie w związku z nadmiernem używaniem tytoniu i alkoholu, a jako zmiany, nie dające początkowo wyraźnych objawów podmiotowych, bywają zwykle przy badaniu przeoczone. Po ich wyleczeniu pozostają okrągłe lub eliptyczne gładkie plamki na podłożu zanikłych grudek (*atrophia postluetica tonsillae lingualis Fournier*). W trzecim okresie kiły zjawiają się niekiedy kilaki na korzeniu języka w postaci nacieku, obejmującego migdałek jezykowy z charakterystycznem owrzodzeniem o ostrościętych brzegach, dnie wzniesionem, pokrytem sadłowatym nalotem. O wiele rzadziej tworzą się

w tem miejscu 2 lub 3 owrzodzenia o cechach wyżej opisanych względnie tak zwanych *glossitis interstitialis luetica baseos linguae*, oporna na leczenie przeciwkiłowe (*Schiffers*, *Henke*).

Pomijając nowotwory, wychodzące z migdałka językowego, jak: włókniaki, brodawczaki, gruczolaki, naczyniaki oraz nowotwory mieszane, omawiane w naszem piśmiennictwie przez *R. Bastienellego*. *Alessandriego*, a następnie całą grupę nowotworow złośliwych, wychodzących pierwotnie z migdałka językowego, jak to: *c-a planoepitheliale*, jeszcze rzadziej mięsaki, zatrzymam się pokrótce na guzach, które stoją w związku z *ductus thyreoglossus*. Do tych należą w pierwszym rzędzie cysty dermoidalne, które *Rosenberg i Bernay* uważają za twory retencyjne w ścisłem słowa znaczeniu wspomnianego przewodu. One to swoim szybkim wzrostem i objętością, cisnąc na grudki chłonne korzenia języka, powodują już dość wcześnie ich zanik. Obok tych stosunkowo rzadziej spotykanych guzów w tej okolicy opisali *Rueda*, *Wodan*, *Durante*. *Morelli*, *Biagi*, *Lenzi i Pellegrini* małe torbiele o wodojasnej zawartości, wychodzące z samego ujścia *ductus thyreoglossus*, t. j. *for. coecum*, które ze względu na ich wygląd ochrzczono nazwą *ranula baseos linguae* (*Kyle*, *Segona*). Przy *myxodema infantile* opisywał *Hanschel* małe torbielowate twory wysłane nabłonkiem płaskim, które jako pozostałość zarodkowa zawiązków tarczycy stały w ścisłym związku z *for. coecum* i dzięki temu właśnie można je było odróżnić od właściwych torbieli retencyjnych na korzeniu języka pochodzenia mieszkowego lub gruczołowego.

W rzadszych bez porównania przypadkach może wykazywać wnętrze tych cyst kilka przestworów jamistych, rozciągających się aż do początku przewodu językowo-tarczykowego, wypełnionych zazwyczaj treścią śluzową. Najciekawsze pod względem rozwojowym i zarazem rzadkie są guzy tarczycy, rozwijające się z okolicy *for. coecum* na korzeniu języka. Ze znajdujących się tu zawiązków embrjonalnych drożnego w życiu płodowem przewodu tarczykowo-językowego mogą się rozwijać guzy większych rozmiarów na korzeniu języka bądź jako tak zwane dodatkowe twory tarczycowe, bądź jako zastępcze gruczoły tarczykowe *struma vicarium*. Ta ostatnia postać zdarza się częściej przy niedorozwiniętej lub zupełnie zanikłej tarczycy na szyi. Według opisów *Chamisso de Boncourta*, *Posthumus-Meyesa*, *Winslowa*, *Onodiego*, *Jacquesa*, *Meurera*, *Lenziego* i t. p. guzy te rozwijają się przeważnie w linji środkowej na korzeniu języka tuż przy *for. coecum*, rzadziej z boku od niego, są twarde, barwy czerwono-sina-

wej, o powierzchni gładkiej, lśniącej lub też lekko ziarnistej z małemi płaskiemi ubytkami na szczycie. Jako guzy, rozwijające się stosunkowo wolno, mogą one początkowo nie dawać żadnych objawów podmiotowych, dopiero w miarę wzrostu, dochodzącego niekiedy wielkości małego jaja kurzego, występują już wyraźne bóle przy połykaniu, uczucie gniecenia i zawadzania w gardle, rzadziej utrudnienie oddychania, względnie bóle ściągające podczas głębokiego wdechu. U kobiet, u których guzy te na korzeniu języka zdarzają się procentowo częściej niż u mężczyzn, mogą występować w rzadkich bardzo wypadkach okresowe nieznaczne krwawienia z porozszerzanych w ich obrębie naczyń żylnych podczas miesiączkowania (*Droesbeque*). Badanie drobnowidowe wycinków tych guzów wykazuje zazwyczaj typowe utkanie tarczycy ze zwyrodnieniem torbielowatem lub kolloidalnem.

W niewielu przypadkach spotykali *Glas, Casorca i E. Baumgarten* obok powyższego typowego utkania jeszcze dodatkowe utkanie adenomyomatyczne w ich obrębie, świadczące o tem, że takie guzy należałoby właściwie zaliczyć do typu nowowotworów mieszanych. W końcu zaznaczyć należy, że małe dodatkowe ogniska tarczycy, pochodzące z zawiązków *gl. supra et epihyoideae* mogą się w rzadkich bardzo wypadkach rozwijać między mięśniami podstawy języka, wysadzając cały język ku górze (*Köhl*, *Lind*, *Leuzi*, *Mayo*, *Schwarz*).

Odnośnie zaś do migdałka językowego należy w tych wypadkach podkreślić wybitny zanik grudek chłonnych w następstwie ucisku przez rozrastający się we wszystkich kierunkach guz na korzeniu języka.

W przypadku *struma ad basim linguae*, obserwowanym przezemnie, chodziło o kobietę R. A. lat 33, która od 10-ciu miesięcy cierpiała na trudności przy połykaniu oraz uczucie gniecenia i dławienia w gardle na wysokości krtani. W ostatnich tygodniach występowały częste krwawienia z gardła w postaci krwioplucia, a prócz tego mowa stawała się coraz bardziej niewyraźna i bełkocąca. Wskutek trudności w oddychaniu chora była zmuszona szukać pomocy u specjalistów. Badanie laryngologiczne w dniu zgłoszenia się do naszej kliniki wykazało: Brak zmian w narządach wewnętrznych; gruczoł tarczykowy na szyi zanikły, zewnętrznie wielkości zaledwie dużego orzecha włoskiego, macalny po stronie prawej tuż poniżej chrząstki tarczykowej prawej. Język w przedniej połowie bez zmian. Po wyciągnięciu języka rzuca się w oczy guz wielkości małego jaja kurzego

o powierzchni gładkiej, barwy różowatej, siedzący na szerokiej podstawie na korzeniu języka, symetrycznie w stosunku do obu jego połów (patrz rys. IV). Z pod ścieńczałej śluzówki w przedniej części tego guza przezierają porozszerzane naczynia krwionośne, łatwo krwawiące za dotykiem sondą. Spoistość elastyczna, chełbotania brak. Przy laryngoskopji guz ten zakrywa przeszło połowę wejścia krtaniowego, powodując duszność zwłaszcza po większym wysiłku fizycznym. Zdjęcie roentgen., wykonane w ułożeniu bocznem, daje pojęcie o całokształcie tego guza, wykazując jego zrośnięcie z podstawą języka, a prócz tego widać wyraźnie jak guz ten przysłania cieniem swoim oba rożki kości gnykowej (patrz rys. V-ty). Chorą przekazaliśmy na własne żądanie do kliniki chirurgicznej U. P. celem operacji, którą tamże wykonano cięciem podgnykowem (*pharyngotomia subhyoidea*). Badanie histologiczne wycinka tegoż guza wykazało typowe utkanie tarczycy.

## Piśmiennictwo.

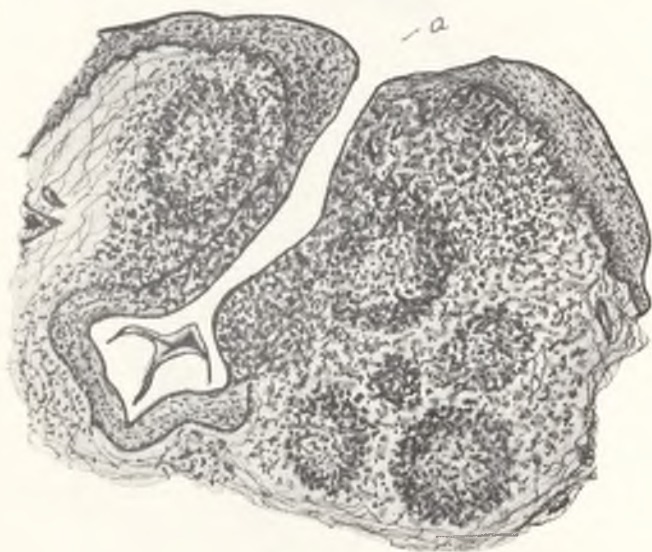
1) T. Heryng. Über pharyngomycosis benigna. Zeitsch. f. Inn. Med. Bd VII. H. 4. 2) Störk. Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs. 1892. 3) O. Seifert. Berliner Klinische Wochenschrift. 1887/19. 4) Silbiger. Zur Tuberkulose der Zungentonsille. Zeitschr. f. Laryng. Bd. XV. 5, 6. 927. 5) Michon. P. Phlegmon de l'amygdale linquale. Presse med. 928. 11. 6) Castel Richard-Walter Hoover. Linqual Thyroid gland. Surg. Clin. Nord. Americ. 9.—1929. 7) Siems Aerophagie. Bull. d'othorinolaringol. T. XX 2—922. 9) Meyer Otto. Deglutitionsbeschwerden bei Zungenmandelvergrosserung. Wr. med. Wochenschr. Jg. 72. Wo. 15.—922. 10) Weider Henry. A case of unusual hypertrophy of the linguol. tonsils without symptoms Laryngoscope XXXI. 922. 11) Sluder-Greenfield. Glossodynia with lingual tonsillitis asite etiology and its control tough the nasal ganglion. Ann. of Otology, rhinology and laryng. XXX/2 924. 12) Jones J. Some clinical observasious on the lingual tonsil. Journ. of laryngol. and otolog. T. 38/39 1923. 13) Raure. Les varices de la base de la langue. Otorhinolaryngol. Internat. T. VII. z. 12—922. 14) Chamisso de Boncourt. Struma ad basim linguae. Brunos Beitrg. 2. Klin. Chir. Bd. XIX—897. 15) Bernay. St. Louis med. and surgical Journal 1888 ref. Zentralbl. f. laryngol. Ba. VI. 889 90. 16) Siebenmann. Über Verhornung d. Epithels im Gebiete d. Waldeyerschen Schlundringes. über s. gen. pharingomycosis leptotricia. Arc. f. lar. 2/3 895. 17) Onodi Entz. Über keratosis pharyngis Arch. f. Lar. 16/2. 18) Wysokowicz. Pharyngitis keratosa punctata. Vircharchiv 189—1907. 19) Gäbert. Über Epithelverhornung im Bereiche d. Gaumenmandel Münch. med. Wochenschr. 69 12. 1922. 20) Hamm Torhorst. Beitrage für Pathologie d. keratosis pharingis mit Berücksichtigung d. bakteriologischen Verhaltung. Arch. f. Laryngol. 19.—907. 21) Anthon, Kuczyński. Untersuchungen über die tonsillaren Infectionen bei Erwachsenen. Zeitschr. f. Hals - Nasen - Ohren. Bd. VI. 923. 22) Januszkiewicz A. M. Pharyngitis keratos punctata. Virch. Archiv. 193 908. 23) G. Bilancioni. Manuale di Othorino-laryngoiatria. Vol. II.



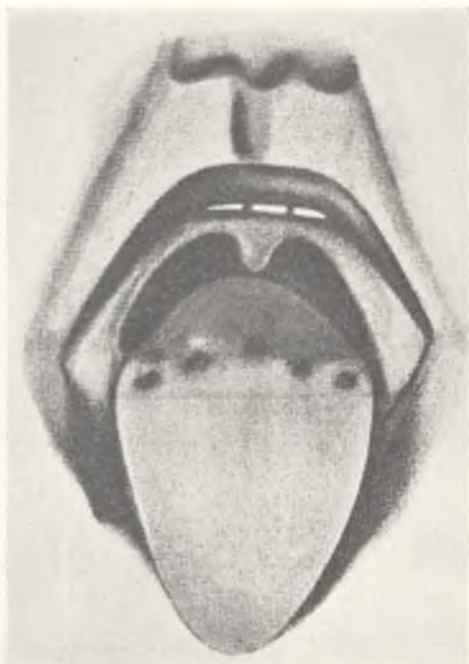
Rys. I. Mężczyzna P. B. lat 31 Hyperpl. tonsillae lingualis.
Zalegająca papka barowa w gardle dolnem.



Rys. II. Kobieta S. T. lat 30 Hyperpl. tonsillae lingualis.
• pow. Leitza 3.




Rys. III. Mężczyzna M. B. lat 28. Tonsillitis lingualis ac.
a. — krypta migdałkowa, pow. Leitza 3.



Rys. IV. Kobieta R. A. lat 33. Struma ad basim linguae. Zdjęcie stereokamerą Hegener.-Zeissa powiększone.



Rys. V. Kobieta R. A. lat 33. Struma ad bas. linguae roentgenogram. o — zarysy guza.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik Prof. Dr. *Jan Szmurło.*

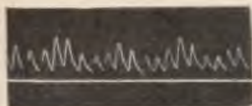
Doc. D-r TADEUSZ WĄSOWSKI.

# Wpływ Pernoctonu na odruchy błędnikowe.

Jednym ze środków narkotycznych, zdobywających sobie w latach ostatnich zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny, jest pernocton — 10% roztwór wodny soli sodowej kwasu sek. butyl-β-bromallyl barbiturowego. Stosują go w połączeniu z eterowem uśpieniem, jak również w przypadkach znieczulenia miejscowego; sprowadza on stan spokojnej senności, a potem snu, całkowite zniesienie czucia bólowego, nie powodując zwykłych przy używaniu środków nasennych objawów następczych (*Birkholz*). Nie spostrzegano również zaburzeń ze strony serca i oddechu (*Birkholz, Burgdorf, Hünermann*). Duże dawki mogą spowodować groźne zaburzenia w systemie naczynio ruchowym, a przez to wpłynąć na ośrodek oddychania (*Hünermann*). Również szybkie wprowadzenie środka do żyły jest niebezpieczne. Co do działania hypnotycznego pernoctonu, to badania na zwierzętach stwierdziły niewątpliwy wpływ jego na mózg. Odruchy pozostają nienaruszone, a nawet bywają wzmożone (*C. Hirsch*).

Jak wykazały nasze uprzednie badania, wpływ środków narkotycznych na fizjologiczne czynności błędnika zależy głównie od budowy chemicznej danego związku. Ze związków podobnych do pernoctonu, bo zawierających pochodne kwasu barbiturowego, badaliśmy veronal, luminal i somnifen. Środki te w działaniu na błędnik okazały się podobne do siebie. Już małe dawki ich wywołują samoistne ruchy oczopląsowe gałki ocznej w bocznej pozycji zwierzęcia.

Na tabl. 1 widzimy samoistny Ny. hor. post. w bocznej pozycji królika po dawce 0,35 veronalu.



**Tabl. 1. Ny. spon. hor.** post. po zatruciu veronalem królika (0,35 na kilo).



Tabl. 2. Samoist. wolne oczopl. ruchy g. o po zatruciu luminalem.

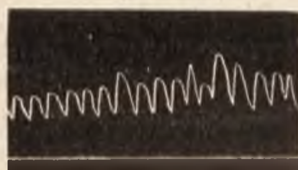
Tabl. 2 przedstawia samoistne oczopląsowe ruchy gałki ocznej po zatruciu luminalem, a tabl. 3 drobne poziome wahania gałki ocznej po wprowadzeniu królikowi do żołądka 35 kropel somnifenu.



Tabl. 3. Drobne poziome wahania g. o. po zatruciu somnifenem.

Odruch cieplny istnieje przez cały czas zatrucia, wykazując pewną nadwrażliwość błędnika pod wpływem veronalu i somnifenu, jak to przedstawiają nam tabl. 4 i 5.

Na tabl. 4 widzimy wzmożenie pobudliwości cieplnej błędnika po zatruciu veronalem, na tabl. 5 — to samo zjawisko zależne od somnifenu.

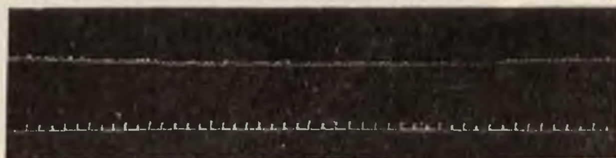


Tabl. 6. Ny. spont. hor. post. po zatruciu bromkiem sodu.

Sole bromu, biorące udział w budowie chemicznej pernoctonu, jak przekonaliśmy się na swych doświadczeniach, powodując wystąpienie samoistnego oczopląsu, (patrz tabl. 6) znacznie obniżają pobudliwość błędnika na podrażnienia cieplne.

Badania nasze nad działaniem pernoctonu na błędnik przeprowadzaliśmy w ten sposób, że zastrzykując dożylnie środek królikowi, określaliśmy wpływ jego na odruchy oczne błędnika, na odruch cieplny, oraz na odruchy statyczne i stato-kinetyczne.

Małe dawki pernoctonu (0,25 $ctm^3$ na kilo wagi) nie wywoływały żadnych samoistnych ruchów gałki ocznej. Dopiero dawka 0,8 $ctm^3$ na kilo spowodowała wystąpienie samoistnych drobnych poziomych ruchów oczopląsowych, które trwały aż do chwili głębokiego snu (tabl. 7).



Tabl. 7. Samoist. drobne poziome ruchy g. o. po zatruciu pernoctonem.

Odruch cieplny błędnika ulegał ubniżeniu nawet od małych dawek pernoctonu: już po dawce 0,2 $ctm^3$ nie mogliśmy oziębianiem ucha wywołać oczopląsu, spostrzeganego przed zastrzyknięciem środka, a tylko zboczenie gałki ocznej. Cały szereg doświadczeń wykazał



Tabl. 8. Normal. oczopl. cieplny (zimna woda).

nam to. Na tabl. 8 widzimy normalny oczopląs cieplny wywołany płókaniem lewego ucha królika. Najpierw, zaraz po rozpoczęciu płókania zjawiło się zboczenie gałki ocznej ku przodowi (pochylenie krzywej), poczem wystąpił oczopląs poziomy wtył, trwający jeszcze kilkanaście sekund po przerwaniu płókania. Po zastrzyknięciu 0,3 $ctm^3$ pernoctonu płókanie ucha dało tylko zboczenie gałki ocznej ku przodowi, jak to widzimy na tabl. 9.



Tabl. 9. W zatruciu pernoctonem płók. ucha zimną wodą wywołuje tylko zboczenie g. o. ku przodowi (powolny spadek krzywej).

Z innych odruchów błędnikowych giną najpierw odruchy na ruchy postępujące (dawka 0,2 $ctm.^3$). W silniejszem zatruciu znika odruch ustawienia szyjny, odruchy ustawienia z tułowia na tułów, odruchy z błędnika na głowę. W tym samym czasie ginie również odruch głowy na obracanie, ruchy oczopląsowe oka przy i po obracaniu, a pozostaje tylko zboczenie gałki ocznej przy obracaniu zwierzęcia. Później giną kompensacyjne ruchy kołowe gałki ocznej, a na ostatku pionowe zboczenie oka. Odruch rogówkowy pozostaje niezmieniony przez cały czas doświadczenia, ginąc tylko w okresie

agonji zwierzęcia. Dawka śmiertelna wynosi dla królika według naszych spostrzeżeń (cztery doświadczenia) od 1,2—1,5 ctm.$^3$ na kilo wagi.

Ustępowanie objawów zatrucia objawia się powolnem zjawieniem się odruchów błędnikowych: najpierw widzimy powrót do normy kompensacyjnych ruchów gałki ocznej, potem odruchu na obracanie zwierzęcia, następnie zjawia się grupa odruchów ustawienia (odruch ustawienia z błędnika na głowę, po nim odruch ustawienia szyjny i z tułowia na tułów). Ostatni powraca odruch na ruchy postępujące (wpierw odruch gotowości skoku).

Porównując działanie pernoctonu na odruchy błędnikowe z działaniem veronalu, luminalu, somnifenu i bromu, stwierdzić możemy jakgdyby połączone działanie tych środków. Widoczny tu jest wpływ chemicznej budowy środka na charakter objawów.

Wystąpienie samoistnego oczopląsu przy znacznem obniżeniu pobudliwości cieplnej i obrotowej przemawia za tem, że w zatruciu pernoctonem szukać należy prócz bezpośredniego wpływu środka na błędnik jeszcze ubocznych wpływów na centralne ogniwo odruchu.

Wypływać stąd może, naszem zdaniem, wniosek praktyczny, — możliwości zastosowania tego środka u chorych z nadpobudliwością błędnika, co należałoby sprawdzić na odpowiednim materjale.

## Piśmiennictwo.

Birkholz. Mon. f. Ohr. 1927. Burgdorf. Arch. f. Ohr. 1930. Hünermann. Zts. f. Lar. 1929. C. Hirsch wdł. Hünermanna. Wąsowski. Pam. Wil. Tow. Lek. 1929.

Z Kliniki Otolaryngologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. *T. Zalewski.*

# Dalsze badania nad przewodnictwem ciepła wyrostków sutkowych
## (Próba Prof. Zalewskiego).

Podał Dr. KAZIMIERZ SZUMOWSKI st. asystent Kliniki.

W przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego często spotkać się można z wątpliwością: operować, czy leczyć zachowawczo. Pytanie to nasuwa się przedewszystkiem wtedy, gdy objawy kliniczne zapalenia wyrostka sutkowego, jak podwyższenie ciepłoty, ból samoistny oraz ból na ucisk w okolicy wyrostka sutkowego, obrzęk tej okolicy, obfitość wydzieliny ropnej w przewodzie słuchowym zewnętrznym, obrzęk ściany tylno-górnej przewodu i inne — wystąpią niewyraźnie. Wtedy określenie i ocena stopnia natężenia procesu chorobowego w wyrostku sutkowym przedstawiać może znaczne trudności. Z drugiej strony, każde zapalenie wyrostka sutkowego należy uważać za chorobę poważną ze względu na możliwość rozszerzenia się sprawy zapalnej na jamę czaszkową. Jest więc rzeczą ogromnie ważną móc określać w każdej chwili stan wyrostka sutkowego i móc oceniać, czy zmiany zapalne w wyrostku sutkowym wymagają natychmiastowej operacji, czy też pozwalają na leczenie zachowawcze zapalenia.

Trudności w ocenianiu objawów klinicznych, zwiększają się jeszcze w przypadkach obustronnego zapalenia wyrostka sutkowego, następnie w przypadkach, w których równocześnie lub też w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego powstają w innych narządach zmiany, wikłające obraz chorobowy, wreszcie w przypadkach, kiedy ma się do czynienia z chorymi nieprzytomnymi, u których stwierdza się obecność ropy w jamie bębenkowej.

Trudności te i tym podobne, z jakiemi spotkać się można w przebiegu zapalenia wyrostka sutkowego, znacznie się zmniejszyły od czasu wykrycia i opisania przez Zalewskiego*) objawu przewodnictwa ciepła, przy pomocy którego można z łatwością określić nasilenie stanu zapalnego danego wyrostka sutkowego.

Objaw przewodnictwa ciepła, będący uzupełnieniem innych objawów klinicznych, oparty jest na spostrzeżeniu, że przewodnictwo

*) Polska Gazeta Lekarska 1924 Nr. 45, 46, 47, 48 i 49, oraz Acta Oto-laryngologica T. IX, str. 454—480.

ciepła w wyrostku sutkowym chorobowo zmienionym jest gorsze, niż w normalnym. Wskaźnik przewodnictwa ciepła jest to stosunek pomiędzy czasem wyrażonym w minutach, w ciągu którego wyro-



Fig. 1. Wykonanie próby przewodnictwa ciepła.

stek sutkowy był w odpowiedni sposób ochładzany, a obniżeniem się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego wyrażonem w 0'1⁰, innemi słowy, jest to przeciętny czas, jaki jest potrzebny do obniżenia ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego o jedną dziesiątą część stopnia. Przy dużej cyfrze czasu i małej cyfrze spadku ciepłoty wskaźnik Zalewskiego jest duży, co świadczy o złem przewodnictwie ciepła; natomiast przy małej cyfrze czasu, a dużej cyfrze spadku

ciepłoty wskaźnik Zalewskiego jest mały, co świadczy o dobrem przewodnictwie ciepła. Złe lub dobre przewodnictwo ciepła świadczy o stanie badanego wyrostka sutkowego.

Badanie przewodnictwa ciepła, czyli próbę Zalewskiego, wykonuje się w pozycji chorego leżącej na boku lub na plecach w sposób następujący (p. fig. 1):

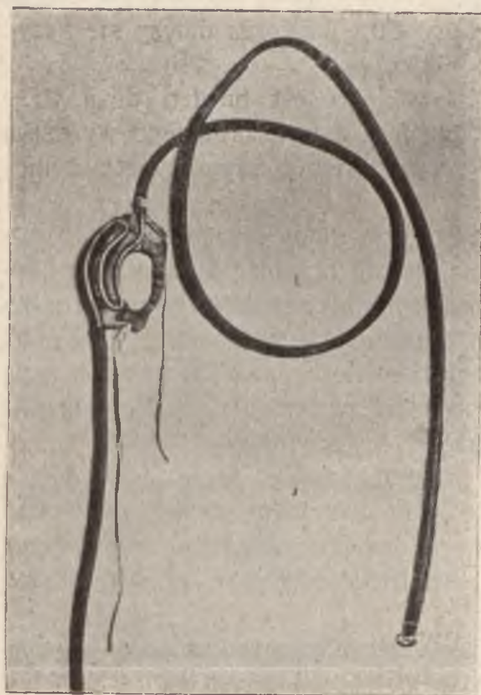


Fig. 2. Przyrząd Leitera



Fig. 3. Termometr uszny (wielkość naturalna).

Po starannem umocowaniu przy pomocy opaski przyrządu do ochładzania ucha Leitera (p. fig. 2) na wyrostku sutkowym, wkłada się do zewnętrznego przewodu słuchowego termometr uszny niemaksymalny o podziałce Celsjusza, zagięty pod kątem prostym (p. fig. 3), poczem umocowuje się go przy pomocy przylepca. Jednocześnie mierzy się ciepłotę ciała pod pachą. Po ustaleniu się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego, to zn. wtedy, gdy ciepłota ta po-

zostaje w ciągu 10 minut bez zmiany, przepuszcza się przez przyrząd Leitera z wysokości 1 metra wodę zimną o ciepłocie 8 stopni Celsjusza. Ochładzanie wyrostka kończy się wtedy, gdy końcowa ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego pozostaje mimo ochładzania w ciągu 10 minut bez zmiany, lub zacznie się nieco podnosić.

Zalewski stwierdził na podstawie 139 badań, przeprowadzonych na 78 osobnikach a 93 narządach słuchowych, że wskaźnik przewodnictwa ciepła w przypadkach prawidłowych waha się, zależnie od budowy i stopnia pneumatyzacji wyrostka sutkowego, od 0'6 do 3'5. W przypadkach zaś zapalenia wyrostka sutkowego sięgać może powyżej 3'5 i o ile przekroczy 4'0, wówczas należy się liczyć z możliwością operacji.

Kliniczna wartość próby Zalewskiego jest bardzo duża. Przy jej pomocy z łatwością ustalić można fakt zajęcia zapalnego wyrostka sutkowego, określić stopień tego zajęcia i tem samem ustalić moment wkroczenia operacyjnego.

Według badań Zalewskiego przy pomocy szeregu prób powtarzanych co pewien czas można śledzić przebieg sprawy chorobowej i w razie stwierdzania wzrostu procesu chorobowego w wyrostku sutkowym, objawiającego się pogarszaniem się przewodnictwa ciepła, można określić czas, kiedy operacja jest niezbędna. Natomiast w razie stwierdzania polepszania się przewodnictwa ciepła można określić czas, kiedy chorego można uważać za wyleczonego.

Próba Zalewskiego daje bardzo cenną, nieraz decydującą wskazówkę przy obustronnem zajęciu zapalnem ucha środkowego i wyrostka sutkowego z równo nasilonemi objawami klinicznemi. Wyrostek sutkowy, w którym stwierdzi się gorsze przewodnictwo ciepła, należy wpierw operować.

Również próba ta może dać wartościową wskazówkę w przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego powikłanych procesem chorobowym w innych narządach, mogącym się toczyć wśród wysokiej ciepłoty, bólów głowy lub nawet utraty przytomności.

Wartość kliniczną próby Zalewskiego potwierdziły badania Dobrzańskiego *), przeprowadzone w Klinice Otolaryngologicznej Lwowskiej, oraz Dylewskiego **), przeprowadzone w Klinice Wileńskiej.

Dobrzański wykonał 50 prób w 31 przypadkach patologicznych, w czem było 20 przypadków wyleczonych bez operacji oraz

*) Polski Przegląd Otolaryngologiczny 1924 T. I Zesz. 3—4.
**) Polski Przegląd Otolaryngologiczny 1927 T. IV Zesz. 1—2.

11 przypadków operowanych. Wyniki otrzymane przez Dobrzańskiego w obu grupach przypadków w zupełności potwierdziły wnioski Zalewskiego.

Dylewski wykonał 54 próby na 42 narządach słuchowych z ostrem zapaleniem wyrostka sutkowego i na 6 narządach słuchowych prawidłowych. Z przypadków patologicznych miał 15 przypadków wyleczonych bez operacji i 27 przypadków operowanych. Wyniki otrzymane przez Dylewskiego różnią się częściowo od wyników Zalewskiego i Dobrzańskiego. Na podstawie swoich badań Dylewski uważa, że wskaźnik do 2'0 jest prawidłowym, wskaźnik powyżej 4'0 tylko w 62% przypadków przemawia za udziałem wyrostka w sprawie zapalnej i że dopiero wskaźnik powyżej 8'0 świadczy bezwzględnie o stanie zapalnym wyrostka i o konieczności operacji. Jednak po przejrzeniu protokółów i zestawień prób Dylewskiego uważam jego wnioski za bardzo ostrożne, a częściowo może niezupełnie trafne.

Jednakże Dylewski mimo otrzymanych wyników podnosi wartość próby Zalewskiego, uważa pomysł i spostrzeżenie o wpływie zmian w wyrostku sutkowym na przewodnictwo ciepła za nader trafne i między innemi mówi, że jest to najściślejsza dotychczas metoda, pozwalająca w cyfrach objektywnie ustalać stopień zajęcia wyrostka sutkowego.

Z drugiej strony Dylewski zwraca uwagę na ujemne strony wykonywania próby. Przedewszystkiem uważa, że czas wykonywania próby jest bardzo długi, przez co próba jest uciążliwą i męczącą zarówno dla badającego, jak i dla pacjenta, nieraz ciężko chorego, który przez cały czas badania musi leżeć spokojnie, możliwie nieruchomo, w jednej pozycji. Uważa, że każdy ruch chorego, nawet posiewanie, mimo umocowania termometru i przyrządu Leitera, może się odbić na wynikach badania, zwłaszcza przy przeciąganiu się próby. Przeciętna długość trwania próby u Dylewskiego wynosi 47 minut, a niekiedy przekracza nawet 70 minut. Następnie Dylewski uważa wyniki badań za niewspółmierne z pracą podjętą przy przeprowadzaniu samego badania, jeżeli je stosować we wszystkich spotykanych przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego. W przypadkach wysokich wskaźników powyżej 7'0 do 8'0, które jego zdaniem jedynie tylko określają stan wyrostka sutkowego jako koniecznie wymagający operacji, nie było żadnych wątpliwości klinicznych co do postępowania operacyjnego, tak samo w przypadkach niskich wskaźników do 3'0, w których nie należało operować.

Zdaniem Dylewskiego, próbę należałoby udoskonalić i zmodyfikować tak, by skrócić przedewszystkiem czas potrzebny do wykonania próby. Uważa on, że, o ileby się to udało, próba zyskałaby na praktyczności i mogłaby być szerzej stosowana. Podaje przytem również parę propozycyj co do zmodyfikowania próby, z jednej strony proponuje zmienić sposób ochładzania wyrostka sutkowego i chce zastosować w tym celu eter lub chlorek etylu lub też wodę o niższej ciepłocie niż $8^0$, z drugiej strony proponuje porównywać czas obniżania się ciepłoty o każdą dziesiątą część stopnia.

Myśl rzucona przez Dylewskiego, by skrócić czas wykonywania próby Zalewskiego dla zwiększenia jej praktyczności jest w zasadzie bardzo słuszna, gdyż w ten sposób możnaby umożliwić stosowanie jej na szerszą skalę i bardziej ją rozpowszechnić. Jednakże mam wrażenie, że proponowane przez niego w tym celu ulepszenia techniczne nie dadzą się osiągnąć i nie mogą mieć praktycznego zastosowania.

Woda jest bez porównania tańszą od eteru lub chlorku etylu, proponowanych przez Dylewskiego. Sposób kontrolowania jednostajnego ochładzania wyrostka sutkowego wodą jest przy pomocy przyrządu Leitera i mierzenia ilości wody przepływającej w ciągu jednej minuty przez niego bardzo łatwy, co przy ochładzaniu eterem lub chlorkiem etylu byłoby dosyć problematycznem. Pozatem zdaje mi się, że ochładzanie eterem lub chlorkiem etylu stosowane przez dłuższy czas, może być nieprzyjemnie odczuwanem przez chorych. Ciepłotę wody $8^0$, tak jak ją podaje Zalewski, uważam za najodpowiedniejszą, gdyż nie napotyka się na żadne trudności przy jej uzyskiwaniu, wystarczy w tym celu parę kawałków lodu. W celu otrzymania niższej ciepłoty trzebaby użyć wielkiej ilości lodu, a zresztą, jak wykazały doświadczalne badania Zalewskiego *), woda o niż- szej ciepłocie np. $5^0$ nie wpływa szybciej na ochładzanie się wyrostka sutkowego od wody o ciepłocie $8^0$, a jest gorzej znoszoną przez chorych.

Propozycja druga Dylewskiego przeprowadzania porównawczych badań nad czasem obniżania się ciepłoty o każdą $0{,}1^0$ nie może mieć znaczenia, bo przecież wskaźnik Zalewskiego jest to właśnie przeciętny czas potrzebny do obniżenia się ciepłoty o $0{,}1^0$.

Z polecenia Prof. Zalewskiego przeprowadziłem na Klinice Otolaryngologicznej we Lwowie dalsze badania nad przewodnictwem

---

*) Gazeta Lekarska 1917, Nr. 7 i 8, oraz Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1916, Nr. 9 i 10.

ciepła i jego znaczeniem w zapaleniu wyrostka sutkowego. Zadaniem mojem przedewszystkiem było ustalenie, w jakich granicach obraca się wskaźnik przewodnictwa ciepła w przypadkach prawidłowych, a to ze względu na małą ilość ogłoszonych wskaźników prawidłowych (Zalewski — 9 przypadków, Dylewski — 6 przypadków). Z drugiej strony w czasie przeprowadzania badań nasunęła mi się myśl możliwości ewentualnego skrócenia czasu wykonywania próby bez zmieniania jej istoty i zasady, mianowicie oznaczanie wskaźnika po 15, względnie 20 minutach ochładzania.

Ogółem wykonałem w ciągu 2 lat 75 prób na 73 prawidłowych narządach słuchowych i zebrałem 130 prób wykonanych w ostatnich 4 latach w 79 przypadkach patologicznych kolejno przez asystentów Kliniki, tak, że ogółem zestawiłem 205 prób wykonanych na 152 narządach słuchowych. W celu wykazania wpływu budowy wyrostka sutkowego na jego przewodnictwo ciepła stwierdzano równocześnie budowę wyrostka sutkowego przy pomocy zdjęć rentgenowskich. Zdjęcia takie wykonano w 68 przypadkach, czyli prawie w połowie wszystkich przypadków (patrz tabl. I).

TABLICA I.

### Ogólne zestawienie przypadków.

| PRZYPADKI | Prawidłowe ilość | | Nieoperow. ilość | | Operowane ilość | | Ogólna ilość | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | narządów | prób | narządów | prób | narządów | prób | narządów | prób |
| Bez rentgenogramów . | 21 | 21 | 31 | 51 | 32 | 47 | 84 | 119 |
| Z rentgenogramami . . | 52 | 54 | 10 | 23 | 6 | 9 | 68 | 86 |
| Ogółem . | 73 | 75 | 41 | 74 | 38 | 56 | 152 | 205 |

Ze względu na rozmiary pracy nie podaję szczegółowych protokółów wszystkich swoich badań, natomiast ograniczam się jedynie do podania zestawień w postaci odpowiednio opracowanych tablic. Dla łatwiejszego orjentowania się używam w razie potrzeby podobnych skróceń, co i Zalewski, mianowicie: **t** = oznacza ciepłotę ciała mierzoną pod pachą, **$t_1$** = ciepłotę początkową i końcową zewnętrznego przewodu słuchowego, **s** = spadek ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego w $0'1^0$, **m** = czas ochładzania w minutach, **W** = wskaźnik Zalewskiego. Wszystkie przypadki podzielo-

ne są na trzy zasadnicze grupy: do grupy pierwszej należą przypadki prawidłowe, do drugiej — przypadki z zapaleniem wyrostka sutkowego, w których nastąpiło wyleczenie bez operacji i do trzeciej — przypadki operowane.

## GRUPA I.

### Przypadki prawidłowe.

Na tablicy II A i B przedstawione są przypadki prawidłowe, mianowicie ogółem wykonano 75 prób Zalewskiego na 73 narządach słuchowych prawidłowych. Wszystkie badania przeprowadzono na 25 kobietach i 18 mężczyznach, w wieku od 11 do 62 lat. Nie stwierdzono żadnego wpływu płci na przewodnictwo ciepła, gdyż zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn znajdowano jednakowo niskie (Nr. praw. 10 i 18) i jednakowo wysokie (Nr. praw. 32 i 34) wskaźniki Zalewskiego. Wiek badanych również nie wpływa na wielkość wskaźnika przewodnictwa ciepła. Wskaźniki niskie spotykano i w młodym i w starszym wieku (Nr. praw. 57 i 43), podobnie i wysokie (Nr. praw. 6 i 63). W 36 przypadkach badano ucho prawe, w 37 ucho lewe, przyczem żadnych różnic w przewodnictwie ciepła nie stwierdzono.

Ciepłota ciała mierzona pod pachą w badanych przypadkach waha się od 36'4$^0$ do 39'4$^0$, mianowicie w 42 przypadkach wynosi do 37'0$^0$, a w 33 przypadkach powyżej 37'0$^0$. Ta stosunkowo duża ilość przypadków z podwyższoną ciepłotą ciała z prawidłowemi narządami słuchowemi tłumaczy się tem, że próby przewodnictwa ciepła w przypadkach prawidłowych wykonywano przeważnie na chorych leżących w Klinice z powodu schorzeń innych narządów, jak nosa, gardła czy krtani, lub też ucha, ale po stronie przeciwnej. Ma to swoją dobrą stronę, mianowicie pozwala na podstawie dość dużej ilości przypadków ocenić wpływ, jaki wywiera ciepłota ciała i ciepłota pierwotna zewnętrznego przewodu słuchowego na spadek ciepłoty. Trzeba przytem zaznaczyć, że ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego zależy w znacznym stopniu od ciepłoty ciała, a więc zależnie od niej wzrasta lub się obniża. Tak więc, o ile w czasie wykonywania próby wystąpi wzrost lub spadek ciepłoty ciała, odpowiednio zmniejszy się lub zwiększy otrzymany spadek ciepłoty w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Z tego wynika, że w czasie wykonywania próby Zalewskiego należałoby dla dokładności mierzyć ciepłotę ciała przed próbą i po próbie i w razie otrzymania różnicy w ciepłocie ciała odpowiednio skorygować otrzymany

TABLICA II.

## Przypadki prawidłowe.

A. Przypadki bez zdjęć rentgenowskich.

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | t | $t_1$ | s | m | W | W w 15 min. | W w 20 min. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | M. 34. U. p.*) | 37'1 | 36'7—34'9 | 18 | 30 | 1'7 | 1'4 | 1'3 |
| 2 | „ U. l. | 37'0 | 36'6—34'5 | 21 | 40 | 1'9 | 1'5 | 1'6 |
| 3 | K. 15. U. p. | 36'7 | 37'2—35'1 | 21 | 42 | 2'0 | 1'1 | 1'3 |
| 4 | „ U. l. | 36'7 | 37'1 35'2 | 19 | 24 | 1'3 | 1'0 | 1'2 |
| 5 | K. 28. U. l. | 37'0 | 36'8 —33'8 | 30 | 30 | 1'0 | 0'7 | 0'7 |
| 6 | K. 40. U. p. | 36'7 | 36'5—35'0 | 15 | 59 | 3'9 | 2'1 | 2'2 |
| 7 | „ U. l. | 37'3 | 36'9—35'0 | 19 | 63 | 3'3 | 1'8 | 2'0 |
| 8 | M. 46. U. p. | 36'9 | 36'8 - 35'0 | 18 | 41 | 2'3 | 1'9 | 1'8 |
| 9 | „ U. l. | 36'8 | 36'7—34'6 | 21 | 46 | 2'2 | 1'7 | 1'6 |
| 10 | K. 16. U. p. | 37'0 | 36'9—34'0 | 29 | 26 | 0'9 | 0'8 | 0'8 |
| 11 | „ U. l. | 36'9 | 36'7—33'1 | 36 | 45 | 1'25 | 0'8 | 0'95 |
| 12 | K. 20. U. p. | 36'9 | 37'1—35'2 | 19 | 43 | 2'3 | 1'4 | 1'5 |
| 13 | „ U. l. | 36'7 | 36'8—34'7 | 21 | 45 | 2'1 | 1'4 | 1'4 |
| 14 | M. 25. U. p. | 36'8 | 36'9 - 34'1 | 28 | 45 | 1'6 | 1'4 | 1'5 |
| 15 | „ U. l. | 37'0 | 37'0—35'1 | 19 | 40 | 2'1 | 1'5 | 1'6 |
| 16 | K. 26. U. p. | 36'8 | 36'5—34'6 | 19 | 35 | 1'8 | 1'25 | 1'3 |
| 17 | „ U. l. | 36'9 | 36'5—34'5 | 20 | 25 | 1'25 | 0'94 | 1'1 |
| 18 | M. 23. U. p. | 36'9 | 36'9—34'2 | 27 | 25 | 0'9 | 0'7 | 0'8 |
| 19 | „ U. l. | 36'9 | 36'8—34'3 | 25 | 40 | 1'6 | 1'25 | 1'3 |
| 20 | K. 24. U. p. | 36'8 | 36'5—34'6 | 19 | 35 | 1'8 | 1'4 | 1'4 |
| 21 | „ U. l. | 36'9 | 36'7 34'1 | 26 | 44 | 1'7 | 1'25 | 1'3 |

*) M. (K.) 34 — mężczyzna (kobieta) lat 34. U. p., U. l. — ucho prawe, ucho lewe.

B. Przypadki prawidłowe wraz

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | t | $t_1$ | s | m | w |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 | M. 23. U. p. | 36'7 | 37'0 — 34'2 | 28 | 45 | 1'6 |
| 23 | „ U. l. | 36'8 | 37'1 — 35'2 | 19 | 40 | 2'1 |
| 24 | K. 20. U. p. | 36'5 | 36'5 — 35'2 | 13 | 18 | 1'4 |
| 25 | „ U. l. | 36'8 | 36'6 — 33'6 | 30 | 30 | 1'0 |
| 26 | K. 20. U. p. | 37'3 | 36'8 — 35'9 | 9 | 15 | 1'7 |
| 27 | „ U. l. | 37'3 | 36'9 — 34'4 | 25 | 70 | 2'8 |
| 28 | K. 19. U. p. | 37'1 | 37'0 — 34'9 | 21 | 43 | 2'0 |
| 29 | „ U. l. | 37'1 | 37'1 — 35'3 | 18 | 50 | 2'8 |
| 30 | K. 20. U. p. | 36'9 | 36'8 — 34'8 | 20 | 38 | 1'9 |
| 31 | „ U. l. | 36'9 | 36'9 — 35'0 | 19 | 44 | 2'3 |
| 32 | M. 29. U. p. | 37'0 | 36'8 — 34'8 | 20 | 72 | 3'6 |
| 33 | „ U. l. | 37'3 | 36'9 — 34'5 | 24 | 62 | 2'6 |
| 34 | K 21. U. p. | 37'6 | 37'4 — 35'8 | 16 | 57 | 3'5 |
| 35 | „ U. l. | 37'3 | 37'3 — 35'9 | 14 | 25 | 1'8 |
| 36 | K. 20. U. p. | 38'7 | 38'5 — 35'3 | 32 | 61 | 1'9 |
| 37 | „ U. l. | 38'7 | 38'7 — 36'8 | 19 | 57 | 3'0 |
| 38 | K. 22. U. l. | 37'9 | 37'4 — 34'3 | 31 | 28 | 0'9 |
| 39 | K. 16. U. p. | 37'6 | 37'0 — 35'3 | 17 | 40 | 2'3 |
| 40 | K. 30. U. p. | 37'5 | 37'2 — 35'8 | 14 | 42 | 3'0 |
| 41 | M. 16. U. l. | 37'2 | 37'2 — 35'4 | 18 | 35 | 1'9 |
| 42 | M. 31. U. l. | 36'9 | 36'7 — 34'4 | 23 | 40 | 1'7 |
| 43 | M. 62. U. l. | 36'4 | 36'4 — 33'6 | 28 | 23 | 0'8 |
| 44 | K. 20. U. p. | 37'0 | 36'9 — 34'6 | 23 | 64 | 2'8 |
| 45 | „ U. l. | 36'8 | 36'7 — 34'1 | 26 | 28 | 1'1 |
| 46 | K. 23. U. p. | 37'3 | 37'1 — 34'7 | 24 | 35 | 1'5 |
| 47 | „ U. l. | 37'2 | 36'9 — 34'9 | 20 | 35 | 1'75 |
| 48 | K. 27. U. p. | 37'6 | 37'6 — 36'2 | 14 | 42 | 3'0 |
| 49 | „ U. l. | 37'7 | 37'8 — 35'6 | 22 | 46 | 2'1 |

ze zdjęciami rentgenowskiemi.

| W w 15 min. | W w 20 min. | Wielkość i budowa wyrostka sutkowego |
|---|---|---|
| 1'5 | 1'6 | Średnio pneumatyzowany. |
| 1'4 | 1'5 | Mały, gąbczasty, ściany grube. |
| 1'4 | 1'6 | Silnie pneumatyzowany. |
| 0'9 | 0'8 | Mały, silnie pneumatyzowany. |
| 1'7 | 2'2 | Silnie pneumatyzowany, ściany grube. |
| 1'4 | 1'7 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'7 | 1'8 | Mały, średnio pneumatyzowany. |
| 3'0 | 2'9 | Mały, słabo pneumatyzowany, ściany grube, zatoka ku tyłowi. |
| 1'25 | 1'3 | Silnie pneumatyzowany drobnokomórkowo. |
| 1'7 | 1'5 | Duży, silnie pneumatyzowany. |
| 2'5 | 2'2 | Sklerotyczny. |
| 2'2 | 2'2 | Sklerotyczny, zatoka przodująca. |
| 1'9 | 2'2 | Duży, średnio pneumatyzowany, ściany dość grube. |
| 1'7 | 1'7 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'1 | 1'25 | Mały, silnie pneumatyzowany. |
| 2'5 | 2'9 | Duży, średnio pneumatyzowany i gąbczasty. |
| 0'6 | 0'7 | Mały, silnie pneumatyzowany, ściany cienkie. |
| 1'5 | 1'5 | Mały, średnio pneumatyzowany. |
| 2'5 | 2'5 | Słabo pneumatyzowany, ściany dość grube. |
| 1'7 | 1'8 | Duży, silnie pneumatyzowany, zatoka przodująca. |
| 1'5 | 1'4 | Gąbczasty, zatoka ku tyłowi. |
| 0'75 | 0'8 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'0 | Duży, średnio pneumatyzowany. |
| 0'7 | 0'8 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'25 | 1'3 | Mały, gąbczasty. |
| 1'25 | 1'4 | Mały, słabo pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'0 | Mały, sklerotyczny, ściany grube, zatoka przodująca. |
| 1'5 | 1'7 | Średnio pneumatyzowany. |

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | t | t₁ | s | m | w |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 50 | K. 20. U. p. I | 37'3 | 37'3 — 35'4 | 19 | 45 | 2'4 |
| | " U. p. II | 37'0 | 37'1 — 35'1 | 20 | 51 | 2'5 |
| 51 | K. 18. U. p. | 36'8 | 36'7 — 35'6 | 11 | 32 | 2'9 |
| 52 | " U. l. | 36'8 | 36'7 — 35'2 | 15 | 35 | 2'3 |
| 53 | K. 20. U. p. | 37'2 | 37'3 — 35'2 | 21 | 65 | 3'1 |
| 54 | " U. l. | 37'3 | 37'2 — 34'7 | 25 | 50 | 2'0 |
| 55 | K. 22. U. p. | 37'2 | 37'2 — 34'7 | 25 | 31 | 1'2 |
| 56 | K. 24. U. p. | 37'4 | 37'3 — 35'5 | 18 | 46 | 2'5 |
| 57 | K. 11. U l. | 37'3 | 37'4 — 34'7 | 27 | 50 | 1'8 |
| 58 | M. 23. U. p. | 36'8 | 36'8 — 34'4 | 24 | 34 | 1'4 |
| 59 | M. 12. U. l. | 36'9 | 36'8 — 34'1 | 27 | 30 | 1'1 |
| 60 | M. 27. U. p. | 37'1 | 36'9 — 35'5 | 14 | 39 | 2'8 |
| 61 | " U. l. | 37'1 | 36'9 — 34'4 | 25 | 25 | 1'0 |
| 62 | M. 18. U. p. | 37'0 | 36'8 — 34'7 | 21 | 57 | 2'7 |
| 63 | " U. l. | 37'1 | 37'1 — 34'9 | 22 | 84 | 3'8 |
| 64 | M. 20. U. p. | 37'6 | 37'6 — 35'5 | 21 | 42 | 2'0 |
| 65 | " U. l. | 37'2 | 37'3 — 34'8 | 25 | 43 | 1'7 |
| 66 | M. 25. U. p. | 36'8 | 36'8 — 35'4 | 14 | 30 | 2'1 |
| 67 | " U. l. I | 36'9 | 36'9 — 35'0 | 19 | 55 | 2'9 |
| | " U. l. II | 39'4 *) | 39'2 — 36'6 | 26 | 57 | 2'2 |
| 68 | M. 21. U. p. | 37'2 | 37'1 — 34'8 | 23 | 39 | 1'7 |
| 69 | " U. l. | 37'3 | 37'2 — 35'1 | 21 | 50 | 2'4 |
| 70 | M. 24. U. p. | 37'0 | 37'0 — 35'2 | 18 | 43 | 2'4 |
| 71 | " U. l. | 37'0 | 36'9 — 34'6 | 23 | 37 | 1'6 |
| 72 | M. 35. U. p. | 36'8 | 36'8 — 35'0 | 18 | 36 | 2'0 |
| 73 | " U. l. | 37'0 | 37'0 — 36'2 | 8 | 24 | 3'0 |

*) Po Dmelcosie.

| W w 15 min. | W w 20 min. | Wielkość i budowa wyrostka sutkowego. |
|---|---|---|
| 2'2 | 2'2 | Duży, silnie pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'0 | |
| 1'9 | 2'1 | Sklerotyczny, zatoka przodująca. |
| 1'7 | 1'8 | Średnio pneumatyzowany, zatoka przodująca. |
| 1'5 | 1'6 | Mały, sklerotyczny, zatoka przodująca. |
| 1'25 | 1'4 | Mały, gąbczasty, zatoka przodująca. |
| 0'94 | 1'0 | Średnio pneumatyzowany, ściany cienkie. |
| 1'9 | 2'0 | Silnie pneumatyzowany, ściany dość grube. |
| 0'94 | 1'1 | Silnie pneumatyzowany, ściany cienkie. |
| 1'0 | 1'1 | Duży, silnie pneumatyzowany, zatoka przodująca. |
| 0'9 | 0'9 | Mały, silnie pneumatyzowany. |
| 1'7 | 2'0 | Średnio pneumatyzowany, ściany grube. |
| 0'75 | 0'87 | Mały, średnio pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'2 | Słabo pneumatyzowany, ściany grube. |
| 2'2 | 2'2 | Słabo pneumatyzowany. |
| 1'5 | 1'6 | Średnio pneumatyzowany. |
| 1'1 | 1'1 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'0 | Sklerotyczny, ściany grube, zatoka przodująca. |
| 1'5 | 1'6 | Sklerotyczny, ściany grube, zatoka przodująca. |
| 1'5 | 1'5 | |
| 1'4 | 1'4 | Duży, silnie pneumatyzowany. |
| 1'9 | 2'0 | Duży, słabo pneumatyzowany. |
| 1'7 | 1'6 | Silnie pneumatyzowany, ściany grube. |
| 1'15 | 1'25 | Silnie pneumatyzowany. |
| 1'4 | 1'4 | Duży, silnie pneumatyzowany. |
| 2'5 | 2'9 | Mały, sklerotyczny. |

wskaźnik przewodnictwa ciepła. Może to mieć jednak praktyczne znaczenie tylko podczas nagłych wyskoków ciepłoty ciała z dreszczami, obserwowanych np. w przebiegu posocznicy pochodzenia usznego, lub też w przebiegu zapalenia zakrzepowego zatoki esowatej, zwłaszcza podczas przedłużania się czasu ochładzania wyrostka sutkowego. W tych więc przypadkach podczas wykonywania próby Zalewskiego należy zwrócić baczną uwagę na zachowanie się ciepłoty ciała i w razie stwierdzenia wtedy znaczniejszego podwyższenia się lub też znaczniejszego obniżenia się ogólnej ciepłoty ciała należy próbę powtórzyć.

Porównywanie prawidłowych wskaźników Zalewskiego otrzymanych w 42 przypadkach z ciepłotą ciała mierzoną pod pachą do 37'0° ze wskaźnikami otrzymanemi w 33 przypadkach z ciepłotą ciała powyżej 37'0° nie wykazuje jakiegokolwiek wpływu wysokości ciepłoty ciała na przewodnictwo ciepła wyrostków sutkowych pod warunkiem, że ciepłota ciała w czasie wykonywania próby nie ulega zmianie; podobnie wysokość ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego nie ma wpływu na wysokość wskaźnika. Zgadza się to z wynikami otrzymanemi przez Zalewskiego.

Ciekawe są dwa przypadki, w których próbę wykonano dwukrotnie, przy pewnej różnicy ciepłoty ciała i związanej z nią ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego. W przyp. praw. Nr. 50 (p. rys. 3) przy różnicy ciepłoty ciała 0'3° otrzymano prawie identyczne wskaźniki przewodnictwa ciepła (**W** = 2'4 i 2'5). W przyp. praw. Nr. 67 (p. rys. 4) przy bardzo dużej różnicy ciepłoty ciała, bo wynoszącej 2'5°, uzyskanej zapomocą zastrzyku dożylnego Dmelcosu, otrzymano przy prawie tym samym czasie ochładzania (**m** = 55 i 57) większy spadek ciepłoty w przypadku podwyższonej ciepłoty (**s** = 19 i 26), co dało niższy wskaźnik o 0'7 (**W** = 2'9 i 2'2). Ten większy spadek ciepłoty w tym przypadku należy odnieść nie do zmiany przewodnictwa ciepła w wyrostku sutkowym, które pozostało jednakowem, lecz do równoczesnego powrotu ciepłoty ciała do normy, ponieważ, jak wiadomo, podwyżka ciepłoty ciała po zastrzyku Dmelcosu jest krótkotrwałą. Tak więc w obu tych przypadkach, podobnie jak w innych, nie można stwierdzić zależności przewodnictwa ciepła w wyrostku sutkowym od wysokości ciepłoty ciała.

Spadek ciepłoty w przypadkach prawidłowych waha się od 8 do 36 dziesiętnych stopnia, a więc wykazuje nieco większe wahania jak u Zalewskiego (**s** = 10 do 31), jednakże przeważnie, bo w 62 przypadkach (= 82'5%), obraca się w granicach od 16 — 30 dziesięt-

nych stopnia, poniżej 10 występuje tylko w 2 przypadkach, a powyżej 31 również tylko w 2 przypadkach.

Podobne różnice wykazuje również czas ochładzania wyrostków sutkowych. W 75 przypadkach prawidłowych waha się przeważnie, bo w 43 przypadkach, od 30 do 50 minut, w 15 przypadkach przekracza 50 minut, dochodząc w jednym przypadku do 84 minut, a tylko w 17 przypadkach nie dochodzi do 30 minut.

Długi czas ochładzania wyraźnie zmniejsza dokładność i wartość otrzymanego wskaźnika, mianowicie okazało się, że im czas ochładzania jest dłuższy, tem wskaźnik jest wyższy. I tak, z 15 prób prawidłowych, w których czas ochładzania przekroczył 50 minut, w 6 próbach otrzymany wskaźnik przekroczył 3'0, a nawet w 3 próbach (Nr. praw. 32, 63 i 6) przekroczył **3'5**, t. j. granicę prawidłową, nakreśloną przez Z a l e w s k i e g o, mianowicie wynosił 3'6 ($m = 72$), 3'8 ($m = 84$) i 3'9 ($m = 59$).

Zależnie od dużej rozpiętości spadku ciepłoty i czasu ochładzania wyrostków sutkowych występuje również duża rozpiętość wskaźników przewodnictwa ciepła, mianowicie otrzymane wskaźniki w 75 próbach prawidłowych wahają się od 0'8 do 3'9.

Na tablicy III zestawione są otrzymane wskaźniki prawidłowe, przyczem uwzględnione są również wskaźniki skrócone do 15 i 20 minut ochładzania, które w dalszym ciągu tej pracy zostaną bliżej objaśnione.

TABLICA III.

## Zestawienie przypadków prawidłowych.

| Rodzaj i rozpiętość wskaźników: | Wskaźniki Zalewskiego od 0'8—3'9 | Wskaźniki skrócone do 15' od 0'6—3'0 | Wskaźniki skrócone do 20' od 0'7—2'9 |
|---|---|---|---|
| Wskaźniki | Ilość przypadków | | |
| od 0'6 — 1'0 | 7 | 15 | 11 |
| „ 1'1 — 1'5 | 9 | 31 | 27 |
| „ 1'6 — 2'0 | 24 | 20 | 24 |
| „ 2'1 — 2'5 | 17 | 6 | 9 |
| „ 2'6 — 3'0 | 12 | 3 | 4 |
| „ 3'1 — 3'5 | 3 | — | — |
| „ 3'6 — 3'9 | 3 | — | — |

TABLICA IV.

## Przypadki zapalenia wyrostka sutkowego wyleczone bez operacji.

### A. Przypadki bez zdjęć rentgenowskich.

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | Próba | t | $t_1$ | s | m | W | W w 15 min. | W w 20 min. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | **Przypadki ostre** | | | | | |
| 1 | M. 16. U. p. | I | 37'5 | 37'9—36'9 | 10 | 32 | 3'2 | 2'7 | 2'9 |
| | | II | 36'6 | 37'1—35'6 | 15 | 24 | 1'6 | 1'3 | 1'5 |
| 2 | M. 27. U. p. | I | 36'6 | 37'3—37'2 | 1 | 6 | 6'0 | 15'0 | 20'0 |
| | | II | 36'9 | 37'2—36'9 | 3 | 17 | 5'7 | 5'4 | 6'6 |
| | | III | 37'1 | 37'1—35'8 | 13 | 30 | 2'3 | 2'2 | 2'2 |
| 3 | M. 32. U. p. | I | 37'0 | 37'2—36'9 | 3 | 12 | 4'0 | 5'0 | 6'6[1] |
| 4 | K. 46. U. l. | I | 36'9 | 37'1—36'6 | 5 | 25 | 5'0 | 3'75 | 4'4 |
| | | II | 37'2 | 37'2—36'7 | 5 | 20 | 4'0 | 3'75 | 4'0 |
| | | III | 37'1 | 37'0—35'7 | 13 | 20 | 1'5 | 1'4 | 1'5 |
| 5 | K. 15. U. p. | I | 37'2 | 37'4—36'8 | 6 | 19 | 3'2 | 3'4 | 3'3 |
| | | II | 36'9 | 36'7—35'7 | 10 | 20 | 2'0 | 1'9 | 2'0 |
| 6 | K. 40. U. p. | I | 36'6 | 37'4—36'6 | 8 | 25 | 3'1 | 2'5 | 2'9 |
| 7 | K. 38. U. l. | I | 37'3 | 37'4—36'9 | 5 | 17 | 3'4 | 3'75 | 4'0 |
| | | II | 37'1 | 37'4—37'1 | 3 | 10 | 3'3 | 5'0 | 6'6 |
| | | III | 36'9 | 37'3—37'2 | 1 | 4 | 4'0 | 15'0 | 20'0[2]) |
| 8 | K. 16. U. p. | I | 37'4 | 37'4—36'5 | 9 | 37 | 4'1 | 2'5 | 2'9 |
| | | II | 37'6 | 37'5—36'2 | 13 | 31 | 2'4 | 1'9 | 2'1 |
| 9 | K. 27. U. l. | I | 37'1 | 37'4—37'0 | 4 | 25 | 6'2 | 5'9 | 6'0 |
| | | II | 37'1 | 37'4—36'5 | 9 | 36 | 4'0 | 2'7 | 3'3 |
| | | III | 37'0 | 37'1—36'3 | 8 | 27 | 3'4 | 2'5 | 2'9 |
| 10 | K. 52. U. l. | I | 37'1 | 37'2—35'8 | 14 | 30 | 2'1 | 1'7 | 1'8 |
| 11 | M. 31. U. p. | I | 38'5 | 38'5—36'6 | 19 | 46 | 2'4 | 2'0 | 2'2 |
| 12 | K. 25. U. p. | I | 37'0 | 37'8—37'0 | 8 | 22 | 2'7 | 2'7 | 2'8 |
| 13 | „ U. l. | I | 37'0 | 37'9—36'8 | 11 | 35 | 3'2 | 1'9 | 2'2 |
| 14 | K. 30. U. p. | I | 38'1 | 38'1—37'3 | 8 | 21 | 2'6 | 2'3 | 2'5 |
| 15 | K. 28. U. p. | I | 37'0 | 37'0—36'1 | 9 | 29 | 3'2 | 2'2 | 2'5 |
| | | II | 37'1 | 37'3—36'3 | 10 | 39 | 3'9 | 2'5 | 2'9 |
| 16 | M. 16. U. l. | I | 39'3 | 39'2—37'6 | 16 | 35 | 2'2 | 1'9 | 2'2 |

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | Próba | t | t₁ | s | m | W | W w 15 mtn | W w 20 min. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | M. 34. U. p. | I | 37'4 | 37'2 - 36'3 | 9 | 31 | 3'4 | 3'75 | 4'0 |
| | | II | 37'1 | 36'9—35'4 | 15 | 55 | 3'6 | 3'75 | 3'5 |
| 18 | M. 35. U. p. | I | 36'8 | 36'8 - 35'2 | 16 | 45 | 2'8 | 2'5 | 2'2 |
| | | II | 36'9 | 37'1—36'2 | 9 | 53 | 5'9 | 5'0 | 5'0 |
| | | III | 37'3 | 37'4—37'2 | 2 | 10 | 5'0 | 7'5 | 10'0[2]) |
| 19 | K. 32. U. p. | I | 36'8 | 36'7—35'8 | 9 | 25 | 2'8 | 2'2 | 2'5 |
| | | II | 36'8 | 36'5—35'0 | 15 | 27 | 1'9 | 1'7 | 1'7 |
| | | | | Przypadki przewlekłe | | | | | |
| 20 | M. 15. U. p. | I | 36'9 | 37'3—35'7 | 16 | 22 | 1'4 | 1'1 | 1'3 |
| 21 | K. 70. U. l. | I | 36'5 | 36'5—35'1 | 14 | 26 | 1'8 | 1'35 | 1'6 |
| | | II | 37'0 | 36'8—35'3 | 15 | 31 | 2'1 | 1'4 | 1'6 |
| 22 | K. 22. U. p. | I | 37'2 | 37'2 - 35'6 | 16 | 45 | 2'8 | 1'9 | 1'9 |
| | | II | 36'8 | 36'8—35'3 | 15 | 27 | 1'8 | 1'5 | 1'5 |
| 23 | M. 14. U. p. | I | 36'4 | 37'4—36'8 | 6 | 16 | 2'7 | 2'7 | 3'3 |
| 24 | K. 15. U. l. | I | 37'0 | 36'6 - 34'9 | 17 | 21 | 1'2 | 1'1 | 1'2 |
| | | II | 36'7 | 36'5—35'1 | 14 | 19 | 1'3 | 1'4 | 1'4 |
| 25 | K. 21 U. l. | I | 36'9 | 37'0—36'2 | 8 | 25 | 3'1 | 2'5 | 2'8 |
| 26 | K. 23. U. l. | I | 37'3 | 37'1 - 35'2 | 19 | 57 | 3'0 | 2'0 | 2'2 |
| | | II | 37'1 | 36'8—34'5 | 23 | 36 | 1'5 | 1'1 | 1'2 |
| 27 | M. 23. U. p. | I | 36'9 | 37'2—35'6 | 16 | 29 | 1'8 | 1'25 | 1'4 |
| 28 | M. 32. U. l. | I | 37'4 | 37'4—36'3 | 11 | 29 | 2'6 | 2'3 | 2'4 |
| 29 | M. 14. U. l. | I | 36'8 | 37'3—36'0 | 13 | 35 | 2'7 | 2'5 | 2'5 |
| 30 | M. 33. U. l. | I | 37'4 | 37'2—35'3 | 19 | 54 | 2'8 | 1'9 | 2'0 |
| 31 | K. 26. U. p. | I | 36'8 | 37'3—36'0 | 13 | 26 | 2'0 | 1'5 | 1'6 |

[1]) Przewód słuchowy zewnętrzny zwężony z powodu *otitis externa furunculosa.*

[2]) Zabiegu operacyjnego nie wykonano z powodu braku zgody chorego.

B. Przypadki wraz ze

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | Próba | t | t | s | m | w |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Przypadki | | | |
| 32 | M. 18. U. p. | I | 39'3 | 38'6 — 38'0 | 6 | 25 | 4'2 |
| | | II | 37'0 | 36'8 — 35'5 | 13 | 47 | 3'6 |
| | | III | 36'4 | 36'3 — 34'9 | 14 | 28 | 2'0 |
| | | IV | 36'8 | 36'8 — 34'8 | 20 | 52 | 2'6 |
| 33 | K. 16. U. l. | I | 37'8 | 37'6 — 37'0 | 6 | 20 | 3'3 |
| | | II | 37'5 | 37'3 — 35'9 | 14 | 34 | 2'4 |
| | | III | 37'2 | 36'9 — 35'5 | 14 | 25 | 1'8 |
| | | IV | 37'6 *) | 37'5 — 36'1 | 14 | 58 | 4'1 |
| | | V | 37'6 | 37'3 — 36'3 | 10 | 25 | 2'5 |
| 34 | M. 16. U. p. | I | 37'3 | 37'4 — 37'1 | 3 | 15 | 5'0 |
| | | II | 37'1 | 37'0 — 34'1 | 29 | 54 | 1'9 |
| 35 | M. 31. U. p. | I | 36'8 | 36'8 — 35'8 | 10 | 28 | 2'8 |
| 36 | K. 20. U. l. | I | 37'3 | 37'3 — 36'0 | 13 | 39 | 3'0 |
| | | II | 37'3 | 37'2 — 34'7 | 25 | 48 | 1'9 |
| 37 | K. 22. U. l. | I | 37'2 | 37'2 — 36'2 | 10 | 63 | 6'3 |
| | | II | 37'3 | 37'3 — 36'5 | 8 | 32 | 4'0 |
| | | III | 37'0 | 37'0 — 35'5 | 15 | 53 | 3'5 |
| | | IV | 36'6 | 36'7 — 34'8 | 19 | 40 | 2'1 |
| 38 | K. 11. U. p. | I | 37'2 | 37'0 35'4 | 16 | 59 | 3'7 |
| | | II | 37'3 | 37'3 — 34'9 | 24 | 71 | 2'9 |
| | | | | Przypadki | | | |
| 39 | K. 30. U. l. | I | 37'3 | 37'1 — 36'5 | 6 | 18 | 3'0 |
| 40 | K. 43. U. p. | I | 36'7 | 36'9 — 36'2 | 7 | 34 | 4'8 |
| 41 | • U. l. | I | 36'6 | 36'8 — 34'5 | 23 | 46 | 2'0 |

*) Apicitis tbc. dextra.

zdjęciami rentgenowskiemi.

| W w 15 min. | W w 20 min. | Wynik zdjęcia rentgenowskiego |
|---|---|---|
| o s t r e | | |
| 3'75 | 4'0 | Silnie pneumatyzowany, struktura komórek nieco zatarta |
| 2'5 | 2'5 | |
| 1'7 | 1'8 | |
| 1'9 | 1'8 | Zmiany nieznaczne. |
| 3'0 | 3'3 | Ściany cienkie, struktura beleczek częściowo zniesiona. |
| 1'9 | 2'0 | |
| 1'9 | 1'8 | |
| 3'0 | 3'3 | |
| 2'2 | 2'3 | Struktura komórek jaśniejsza. |
| 5'0 | 6'6 | Struktura beleczek częściowo zniesiona. |
| 1'5 | 1'8 | Wyjaśnienie struktury. |
| 2'2 | 2'4 | Ściany cienkie, silnie pneumatyzowany. |
| 3'0 | 2'9 | Silnie pneumatyzowany, rysunek zatarty. |
| 1'15 | 1'25 | Struktura komórek jaśniejsza. |
| 5'0 | 5'0 | Mały, ściany grube; średnio pneumatyzowany, rysunek zatarty. |
| 3'75 | 4'0 | |
| 3'0 | 3'0 | Struktura komórek jaśniejsza. |
| 1'25 | 1'3 | |
| 2'2 | 2'5 | Mały, silnie pneumatyzowany, rysunek zatarty. |
| 2'2 | 2'2 | Struktura komórek jaśniejsza. |
| p r z e w l e k ł e | | |
| 2'8 | 3'3 | Mały, sklerotyczny. |
| 3'75 | 4'0 | Ściany grube, słabo pneumatyzowany. |
| 1'1 | 1'2 | Silnie pneumatyzowany. |

Z tego zestawienia odrazu rzuca się w oczy zgrupowanie wskaźników prawidłowych poniżej 2'0, mianowicie na 75 prób otrzymano 40 wskaźników (= 53%) poniżej 2'0, a 35 wskaźników (= 47%) powyżej 2'0. Wskaźniki skrócone (p. niżej) jeszcze lepiej uwydatniają ten podział, mianowicie przy skróceniu próby Zalewskiego do 15 minut otrzymano 66 wskaźników (= 88%) poniżej 2'0, a tylko 9 wskaźników (= 12%) powyżej 2'0, a przy skróceniu próby Zalewskiego do 20 minut otrzymano 62 wskaźniki ( = 82'5%) poniżej 2'0, a 13 wskaźników (=17'5%) powyżej 2'0.

Wyniki otrzymane zgadzają się prawie zupełnie z wynikami Zalewskiego, który w swoich badaniach miał prawidłowe wskaźniki od 0'6 — 3'5, w tem poniżej 2'0 w 77'7%, a powyżej 2'0 w 22'2%. Natomiast nie zgadzają się z wynikami Dylewskiego, który w swoich prawidłowych przypadkach nie miał ani jednego wskaźnika poniżej 2'0, natomiast otrzymał przeważnie wskaźniki w granicach od 2'0 — 3'0, przyczem jeden prawidłowy wskaźnik wyniósł 4'7 (?). Ogólnie biorąc, wskaźniki otrzymane w moich badaniach są nieco wyższe od prawidłowych wskaźników Zalewskiego, a znacznie niższe od wskaźników Dylewskiego.

Jako górną granicę dla prawidłowych wskaźników należy uważać wskaźnik **3'5**, podany przez Zalewskiego, a dla wskaźników obliczanych po 15 lub 20 minutach ochładzania wskaźnik **3'0**. Wprawdzie otrzymano trzy wskaźniki w prawidłowych przypadkach powyżej 3'5, ale, jak już to zostało wyjaśnione, przyczyną tego było zbytnie przedłużanie się czasu ochładzania. Przy skróceniu czasu ochładzania do 15 i 20 minut nie otrzymano ani jednego prawidłowego wskaźnika powyżej 3'0.

## GRUPA II.

## **Przypadki wyleczone bez operacji.**

Na tablicy IV A i B przedstawione są przypadki zapalenia wyrostka sutkowego, w których wyleczenie nastąpiło bez operacji. Ogólna liczba tych przypadków wynosi 41, w tem 26 przypadków ostrego zapalenia wyrostka sutkowego i 15 przypadków przewlekłego zapalenia. Ogólna ilość prób Zalewskiego wykonanych w tych przypadkach wynosi 74.

Badania te wykonano na 23 kobietach i 16 mężczyznach, w wieku od 11 do 70 lat, przyczem i w tej grupie przypadków nie stwierdzono żadnego wyraźnego wpływu ani płci ani wieku na przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym.

Ciepłota ciała waha się w tych przypadkach od 36'4° do 39'3°, mianowicie w 35 przypadkach wynosi do 37'0°, a w 39 przypadkach powyżej 37'0°. Podobne wahania wykazuje także ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego. Również w tej grupie przypadków nie stwierdzono zależności pomiędzy ciepłotą ciała, względnie ciepłotą zewnętrznego przewodu słuchowego, a wskaźnikiem przewodnictwa ciepła.

Spadek ciepłoty w przypadkach wyleczonych bez operacji wykazuje dużą rozpiętość od 1 — 29. Jednakże w 41 przypadkach okazuje się przy uwzględnianiu tylko jednej (najniższej) próby, że w 10 przypadkach (= 24%) spadek wynosi mniej niż 10, a w 31 przypadkach (= 76%) wynosi powyżej 10.

Podobnie dużą rozpiętość wykazuje również czas ochładzania, mianowicie wynosi on od 4 — 71. W 6 próbach, dawniej wykonanych, wynosi czas ochładzania poniżej 15 minut, co, jak się w dalszych badaniach okazało, może być niewystarczającem. Pozatem okazało się również i w tej grupie przypadków, że długi i przedłużający się czas ochładzania wpływa na zwiększenie się wskaźnika przewodnictwa ciepła. Na 11 przypadków, w których czas ochładzania przekroczył 50 minut, w 10 przypadkach wskaźnik Zalewskiego przekroczył 2'6, a nawet w 6 przypadkach przekroczył 3'5. Zwiększanie się wskaźnika przewodnictwa ciepła pod wpływem przedłużania się czasu ochładzania występuje wyraźniej przy porównywaniu otrzymanych wskaźników Zalewskiego ze wskaźnikami skróconemi do 15 i 20 minut (p. niżej). I tak np. otrzymano następujące wskaźniki: Nr. nieop. 26 I : **m** = 57, **W** = 3'0 (2'0, 2'2),
Nr. nieop. 33 IV : **m** = 58, **W** = 4'1 (3'0, 3'3),
Nr. nieop. 37 I : **m** = 63, **W** = 6'3 (5'0, 5'0),
Nr. nieop. 38 I : **m** = 59, **W** = 3'7 (2'2, 2'5)

Otrzymane wskaźniki przewodnictwa ciepła w przypadkach nieoperowanych wykazują większą rozpiętość i różnorodność, jak wskaźniki prawidłowe, mianowicie wahają się w granicach od 1'2 do 6'3. Są one, ogólnie biorąc, dużo niższe, niż wskaźniki tej samej grupy Dylewskiego, a nawet niższe, niż wskaźniki otrzymane przez Zalewskiego, natomiast prawie takie same co Dobrzańskiego. Dylewski otrzymał 60% wskaźników poniżej 4'0, obecne badania przy uwzględnieniu wszystkich 74 prób wykazują tylko 16% wskaźników powyżej 4'0. Zalewski miał 58% wskaźników w granicach prawidłowych t. j. poniżej 3'5, a 42% powyżej tej granicy, Dobrzański miał 80% wskaźników powyżej

3'5, a 20% powyżej. Obecne badania wykazują 72% wskaźników poniżej 3'5, w tem 23% poniżej 2'0, a tylko 28% powyżej 3'5. Wskaźników powyżej 7'0 wcale nie stwierdzano.

W przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego wyleczonych bez zabiegu operacyjnego, w których dla kontrolowania stanu wyrostka wykonuje się kilka prób, ważniejszą jest dla ostatecznej oceny nie próba najwyższa, lecz najniższa. Dlatego też na tablicy V zestawiono otrzymane wskaźniki w 41 przypadkach nieoperowanych, uwzględniając przy próbach powtarzanych kilkakrotnie wskaźniki najniższe

TABLICA V.

**Zestawienie przypadków nieoperowanych.**

| Rodzaj i rozpiętość wskaźników: | Wskaźniki Zalewskiego od 1'2—4'8 | Wskaźniki skrócone do 15' od 1'1—5'0 | Wskaźniki skrócone do 20' od 1'2—6'6 |
|---|---|---|---|
| Wskaźniki | Ilość przypadków | | |
| od 1'1 — 2'0 | 16 | 23 | 19 |
| „ 2'1 — 3'0 | 16 | 14 | 16 |
| „ 3'1 3'5 | 7 | — | 2 |
| „ 3'6 — 4'0 | 1 | 3 | 3 |
| ponad 4'0 | 1 | 1 | 1 |

Z tego zestawienia odrazu rzuca się w oczy zgrupowanie wskaźników Zalewskiego nieskróconych poniżej 3'5, a wskaźników skróconych poniżej 3'0. Procentowo otrzymane najniższe wyniki przedstawiają się w 41 przypadkach następująco: w 39 przypadkach (= 95%) otrzymano wskaźniki poniżej 3'5, a tylko w 2 przypadkach (= 5%) powyżej 3'5. Przy skróceniu próby Zalewskiego do 15 minut otrzymano w 37 przypadkach (= 90%) wskaźniki poniżej 3'0, a tylko w 4 przypadkach (= 10%) powyżej 3'0. Przy skróceniu próby do 20 minut otrzymano w 35 przypadkach (= 85'5) wskaźniki poniżej 3'0, a w 6 przypadkach (= 14'5%) powyżej 3'0. Zwiększenie się ilości wskaźników ponad 3'0 w próbach skróconych do 15 i 20 minut tłumaczy się tem, że czas ochładzania w kilku próbach był krótszy od 15, względnie 20 minut (p. Nr. nieop 5 I, 23 i 39).

W 3 przypadkach, przekraczających granicę prawidłową, a mianowicie Nr. nieop. 3, a zwłaszcza Nr. nieop. 7 i 18, były również inne kliniczne wskazania do wykonania wydłótowania wyrostka sutkowego, jednakże z braku zgody chorych zabiegu operacyjnego nie wykonano, a po opuszczeniu przez chorych Kliniki dalsze ich losy pozostały nieznane.

W 15 przypadkach przewlekłego zapalenia ucha środkowego wyleczonych bez operacji we wszystkich próbach, z wyjątkiem przyp. nieop. Nr. 40, otrzymano wskaźniki w granicach prawidłowych. Zgadza się to ze spostrzeżeniem, że zwykle w przypadkach przewlekłego zapalenia nie stwierdza się rozległych zmian zapalnych w wyrostku sutkowym

GRUPA III.

**Przypadki operowane.**

Na tablicy VI A i B zestawione są przypadki zapalenia wyrostka sutkowego, w których wykonano wydłótowanie wyrostka sutkowego. Ogólna liczba tych przypadków wynosi 38, w tem 29 przypadków ostrego zapalenia wyrostka sutkowego i 9 przypadków przewlekłego zapalenia. Ogólna ilość prób wykonanych w tych przypadkach wynosi 56.

Przypadki tej grupy obejmują 21 kobiet i 17 mężczyzn w wieku od 9 do 62 lat. W tej grupie przypadków również nie stwierdzono żadnego wyraźnego wpływu płci lub wieku na przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym.

Ciepłota ciała waha się od 36'6° do 39'4°, mianowicie w 16 przypadkach wynosi do 37'0°, a w 40 przypadkach powyżej 37'0°. Ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego tylko w 7 przypadkach wynosi poniżej 37'0°. We wszystkich badaniach nie stwierdzono wpływu wysokości ciepłoty ciała i zewnętrznego przewodu słuchowego na przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym.

Spadek ciepłoty w przypadkach operowanych wykazuje również dużą rozpiętość od 2 do 29, jednakże w znacznej większości przypadków wynosi mniej niż 10. Mianowicie okazuje się, że na 38 przypadków, przy uwzględnieniu tylko jednej (najwyższej) próby, w 32 przypadkach (= 84%) spadek ciepłoty nie przekracza 10, a tylko w 6 przypadkach (=16%) wynosi powyżej 10.

Czas ochładzania wyrostków sutkowych okazuje również dużą rozpiętość od 10 do 72 minut. W 7 próbach, dawniej wykonanych,

TABLICA VI.

## Przypadki zapalenia wyrostka sutkowego operowane.

### A. Przypadki bez zdjęć rentgenowskich.

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | Próba | t | $t_1$ | s | m | W | W w 15 min. | W w 20 min. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Przypadki ostre | | | | | |
| 1 | K. 18. U. p. | I | 37'6 | 37'7—37'5 | 2 | 10 | 5'0 | 7'5 | 10'0 |
| 2 | M. 24. U. l. | I | 37'0 | 37'3—36'9 | 4 | 32 | 8'0 | 7'0 | 7'4 |
| 3 | K. 48. U. p. | I | 37'8 | 38'0—37'7 | 3 | 10 | 3'3 | 6'0 | 6'6 |
| 4 | M. 16. U. p. | I | 37'1 | 37'65—37'4 | 2'5 | 15 | 6'0 | 6'0 | 8'0 |
| 5 | M. 19. U. p. | I | 37'3 | 37'2—36'7 | 5 | 30 | 6'0 | 5'6 | 5'9 |
| 6 | M. 17. U. l. | I | 38'7 | 39'0—37'7 | 13 | 41 | 3'15 | 2'0 | 2'3 |
| 7 | K. 17. U. p. | I | 38'3 | 38'3—37'5 | 8 | 32 | 4'0 | 4'6 | 4'6 |
| 8 | M. 38. U. l. | I | 37'2 | 37'5—36'8 | 7 | 37 | 5'3 | 5'0 | 5'0 |
| 9 | K. 36. U. l. | I | 38'4 | 38'4—36'8 | 16 | 30 | 1'9 | 1'6 | 1'8 |
| | | II | 37'3 | 37 4—37'0 | 4 | 13 | 3'2 | 3'75 | 5'0 |
| 10 | K. 42. U. p. | I | 37'7 | 37'9 - 37'5 | 4 | 16 | 4'0 | 4'0 | 5'0 |
| 11 | K. 36. U. l. | I | 38'0 | 37'9—36'5 | 14 | 61 | 4'3 | 3'0 | 3 2 |
| 12 | K. 18. U. l. | I | 38'0 | 38'2—37'6 | 6 | 49 | 8'2 | 7'5 | 7'6 |
| 13 | K. 14. U. p. | I | 37'0 | 37'3—37'1 | 2 | 14 | 7'0 | 7'5 | 10'0 |
| 14 | K. 9. U. p. | I | 38'0 | 38'1 - 37'0 | 11 | 53 | 4'8 | 5'4 | 5'0 |
| 15 | M. 43. U. l. | I | 36'6 | 37'0—36'0 | 10 | 33 | 3'3 | 2'2 | 2'5 |
| | | II | 37'6 | 38'0—37'0 | 10 | 47 | 4'7 | 3'0 | 3'3 |
| 16 | M. 12. U. l. | I | 37'8 | 38'3—38'0 | 3 | 12 | 4'0 | 5'0 | 6'6 |
| 17 | K. 52. U. l. | I | 37'2 | 37'5—37'2 | 3 | 15 | 5'0 | 5'0 | 6'6 |
| 18 | K. 35. U. l. | I | 36'9 | 37'4 - 37'0 | 4 | 20 | 5'0 | 4'8 | 5'0 |
| 19 | K. 60. U. p. | I | 37'3 | 37'5—36'2 | 13 | 72 | 5'5 | 4'3 | 4'0 |
| | | II | 37'4 | 37'5—36'9 | 6 | 20 | 3'3 | 5'0 | 3'3 |
| | | III | 36'9 | 37'3- 36'7 | 6 | 27 | 4'5 | 5'0 | 5'0[1] |
| 20 | K. 16. U. l. | I | 37'3 | 37'6—37'3 | 3 | 25 | 8'3 | 7'5 | 8'0 |
| | | II | 37'0 | 37'5—36'7 | 8 | 28 | 3'5 | 3'75 | 4'0 |
| | | III | 36'8 | 37'0—36'3 | 7 | 28 | 4'0 | 4'0 | 4'4 |

| N.r narządu | Płeć i wiek Ucho | Próba | t | t1 | s | m | W | W w 15 min. | W w 20 min. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | K. 44. U. p. | I | 37'3 | 37'2 – 36'9 | 3 | 19 | 6'3 | 6'0 | 6'6 |
| | | II | 37'1 | 37'3—36 7 | 6 | 19 | 3'2 | 3'75 | 3'3 |
| | | III | 36'8 | 36'9—36'7 | 2 | 16 | 8'0 | 8'0 | 10'0 |
| 22 | K. 20. U. p. | I | 38'2 | 37'9—37'3 | 6 | 41 | 6'8 | 5'6 | 6'0 |
| 23 | M. 18. U. l. | I | 37'2 | 37'3—36'9 | 4 | 36 | 9'0 | 10 0 | 10'0 |
| 24 | K. 30. U. l. | I | 37'5 | 37'1—35'9 | 12 | 39 | 3'2 | 2'2 | 2'2 |
| | | II | 37'3 | 37'1—35 8 | 13 | 35 | 2'7 | 1'9 | 2'0 |
| | | III | 37'3 | 37 2—35'7 | 15 | 37 | 2'5 | 1'7 | 2 0 |
| | | IV | 36'6 | 37'0—36'3 | 7 | 25 | 3'6 | 3'75 | 3'3 |
| 25 | K. 15. U. p. | I | 38'1 | 38'2—37'3 | 9 | 45 | 5'0 | 5'0 | 4'8 |
| | | | | Przypadki przewlekłe | | | | | |
| 26 | M. 32. U. p. | I | 38'6 | 38'7—38'1 | 6 | 29 | 4'8 | 3'75 | 4'2[2]) |
| 27 | K. 12. U. p. | I | 36'8 | 37'4—36'6 | 8 | 17 | 2'1 | 2'1 | 2'7 |
| | | II | 37'0 | 37'1—36'6 | 5 | 12 | 2'4 | 3'0 | 4'0 |
| | | III | 36'9 | 36'9—36'5 | 4 | 10 | 2'5 | 3'75 | 5'0 |
| 28 | M. 48. U. l. | I | 39'4 | 39'5—39'2 | 3 | 21 | 7'0 | 6'9 | 7'0 |
| 29 | M. 20. U. l. | I | 37'2 | 37'6—36'8 | 8 | 40 | 5'0 | 5'0 | 5'0 |
| | | II | 36'8 | 37'5—36'9 | 6 | 40 | 6'6 | 7'5 | 6'2 |
| 30 | M. 25. U. l. | I | 36'8 | 37'6—36'9 | 7 | 45 | 6'4 | 5'0 | 5'0 |
| 31 | M. 22. U p. | I | 38'0 | 38'1—37'4 | 7 | 51 | 7'3 | 7'5 | 7'6 |
| | | II | 37'5 | 37'7—37'4 | 3 | 23 | 7'7 | 7'1 | 7'6 |
| 32 | K. 20. U. p. | I | 37'1 | 37 2 – 36'3 | 9 | 20 | 2'2 | 1'9 | 2'2 |

[1]) Zejście śmiertelne z powodu posocznicy.

[2]) Zejście śmiertelne z powodu ropnia mózgu.

B. Przypadki wraz ze

| Nr. narządu | Płeć i wiek Ucho | Pró-ba | t | t1 | s | m | W |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Przypadki | | | |
| 33 | K. 22. U. p. | I | 38'3 | 38'1 — 37'4 | 7 | 24 | 3'4 |
| 34 | M. 12. U. p. | I | 37'3 | 37'7 — 35'7 | 20 | 62 | 3'1 |
| 35 | K. 24 U. l. | I | 37'7 | 37'8 — 37'0 | 8 | 47 | 6'1 |
| | | II | 37'4 | 37'4 — 36'2 | 12 | 42 | 3'5 |
| | | III | 37'2 | 37'3 — 36'9 | 4 | 33 | 8'2 |
| 36 | M. 51. U. l. | I | 39'1 | 39'2 — 36'9 | 23 | 30 | 1'3 |
| | | II | 39'3 | 39'0 — 36'1 | 29 | 46 | 1'6 |
| | | | | Przypadki | | | |
| 37 | M. 50. U. p. | I | 36'6 | 37'0 — 35'8 | 12 | 49 | 4'1 |
| 38 | M. 62. U. p. | I | 36 6 | 36 7 — 36 3 | 4 | 32 | 8 0 |

wynosi poniżej 15 minut, co należy uważać za czas zbyt krótki i czasem niewystarczający. Jak się bowiem okazało, otrzymano w kilku próbach z czasem ochładzania krótszym od 15 minut wskaźniki w granicach prawidłowych, co nie odpowiadało zmianom w wyrostku sutkowym znalezionym na stole operacyjnym. Natomiast w tych samych przypadkach wskaźniki odczytane przy czasie ochładzania przedłużonym do 15 i 20 minut wypadły znacznie wyższe i przekroczyły wyraźnie granicę prawidłową, wykazując w ten sposób charakter patologiczny wyrostków sutkowych. I tak np. otrzymano następujące wskaźniki: Nr. op 3 : **m**=10, **W**=3'3 (6'0, 6'6), Nr. op. 9 II: **m** = 13, **W** = 3'2 (3'75, 5'0) i Nr. op. 27 III: **m** = 10, **W** = 2'5 (3'75, 5'0).

Z drugiej strony okazało się, że długi czas ochładzania zwiększa wskaźniki przewodnictwa ciepła, i tak w 5 próbach, w których czas ochładzania przekroczył 50 minut, w 4 otrzymany wskaźnik przekroczył 4'0. Między innemi otrzymano następujące wskaźniki: Nr. op. 11: **m**=61, **W**=4'3 (3'0, 3'2), Nr. op. 31 I: **m**=51, **W**=7'3 (7'5, 7'6) i Nr. op. 19 I: **m**=72, **W**=5'5 (4'3, 4'0).

zdjęciami rentgenowskiemi.

| W w 15 min. | W w 20 min. | Wynik zdjęcia rentgenowskiego. |
|---|---|---|
| o s t r e. | | |
| 3'0 | 3'3 | Słabo pneumatyzowany, struktura komórek zatarta |
| 2'6 | 2'5 | Mały, słabo pneumatyzow., ściany grube, struktura zatarta. |
| 7'0 | 6'6 | Silnie pneumatyzowany, rysunek komórek nieco zatarty. |
| 3'0 | 3'3 | |
| 7'5 | 7'8 | Rysunek komórek więcej zatarty i zaciemniony. |
| 0'9 | 1'1 | Silnie pneumatyzowany, nieco gorsza powietrzność komórek, |
| 1'0 | 1'0 | zresztą zmiany nieznaczne |
| p r z e w l e k ł e | | |
| 3'0 | 2'9 | Słabo pneumatyzowany, struktura komórek zatarta. |
| 8'0 | 8'2 | Ściany cienkie, duża jama w wyrostku sutkowym. |

Wskaźniki przewodnictwa ciepła otrzymane w przypadkach operowanych wykazują również dużą rozpiętość i różnorodność, mianowicie wahają się w granicach od 1'3 do 9'0. Ogólnie biorąc, są one niższe, niż wskaźniki tej samej grupy Zalewskiego i Dobrzańskiego, a nieco wyższe, niż wskaźniki Dylewskiego. Mianowicie Zalewski miał tylko 3% wskaźników w granicach prawidłowych, t. j. poniżej 3'5, a 97% wskaźników powyżej tej granicy. Dobrzański miał wszystkie wskaźniki (100%) powyżej 3'5. Obecne badania wykazują 21% wskaźników poniżej 3'5, a 79% wskaźników powyżej 3'5. Dylewski otrzymał 37'1% wskaźników poniżej 4'0, a 62'9% wskaźników powyżej 4'0, obecne badania wykazują 31'6% poniżej, a 68'4% powyżej 4'0.

Przyczyną otrzymania stosunkowo dość dużej ilości wskaźników w granicach prawidłowych w przypadkach operowanych jest z jednej strony zbyt krótki czas ochładzania w niektórych przypadkach, jak to wyżej wykazałem w przyp. Nr. op. 3, 9 II i 27 III, z drugiej strony włączenie do ogólnego zestawienia przypadków w których w czasie operacji nie znaleziono większych zmian w wy-

rostku sutkowym, a operowanych z powodu innych wskazań klinicznych. Do tych przypadków należy z 29 przypadków ostrych przyp. Nr. op. 6 ze wskaźnikiem 3'15 (2'0, 2'3) operowany w siódmym dniu choroby bez większych zmian w samym wyrostku, dalej przyp. Nr. op. 34 ze wskaźnikiem 3'1 (2'6, 2'5), w którym zdjęcie rentgenowskie wykazało brak większych zmian w samym wyrostku, natomiast duży ubytek w ścianie zatoki żylnej, świadczący o ropniu okołozatokowym i zewnątrzoponowym, który też w czasie operacji znaleziono, wreszcie przyp Nr. op. 36 ze wskaźnikiem 1'3 (0'9, 1'1) i 1'6 (1'0, 1'0), w którym zdjęcie rentgenowskie wykazało rozległą pneumatyzację drobnokomórkową natomiast nieznaczne zmiany patologiczne w postaci jedynie nieco gorszej powietrzności komórek. W przypadku ostatnim z powodu wybitnie podwyższonej ciepłoty ciała 39'1$^0$ do 39'3$^0$, bardzo obfitego wycieku z ucha, wreszcie bardzo silnych bólów głowy wykonano wydłótowanie wyrostka sutkowego, w którym jednakże poza przekrwieniem błony śluzowej zmian nie znaleziono.

We wszystkich pozostałych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka sutkowego otrzymano wysokie wskaźniki, a na stole operacyjnym znaleziono rozległe zmiany im odpowiadające w postaci zniszczenia struktury beleczkowej oraz wypełnienia ziarniną i ropą komórek sutkowych.

W 9 przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka sutkowego operowanych otrzymano w 7 przypadkach wysokie wskaźniki, świadczące o złem przewodnictwie ciepła, a tylko w 2 przypadkach otrzymano wskaźniki w granicach prawidłowych. We wszystkich przypadkach z wysokiemi wskaźnikami stwierdzono na stole operacyjnym rozległe zmiany zapalne w wyrostkach sutkowych w postaci czyto zniszczenia struktury kostnej, rozmiękania kości, ropy i ziarniny, czyto rozległej jamy wypełnionej ropą i ziarniną, czy też w postaci dużego perlaka, zajmującego prawie cały wyrostek sutkowy. W przypadkach ze wskaźnikami prawidłowemi, jak np. przyp. op. Nr. 32 ze wskaźnikiem 2'2 (1'9, 2'2), zmiany zapalne w wyrostkach sutkowych były bardzo nieznaczne.

Na tablicy VII zestawiono otrzymane wskaźniki w przypadkach operowanych, biorąc pod uwagę w przypadkach kilkakrotnego badania wskaźnik najwyższy, jako najistotniejszy dla tej grupy przypadków.

Jak widać z tego zestawienia, większość wskaźników Zalewskiego w tej grupie przypadków znajduje się powyżej 3'5, a więk-

TABLICA. VII.

## Zestawienie przypadków operowanych.

| Rodzaj i rozpiętość wskaźników: | Wskaźniki Zalewskiego od 1'6—9'0 | Wskaźniki skrócone do 15' od 1'0 —10'0 | Wskaźniki skrócone do 20' od 1'0—10'0 |
|---|---|---|---|
| Wskaźniki | Ilość przypadków | | |
| od 1'0 — 2'0 | 1 | 3 | 1 |
| „ 2'1 — 3'0 | 2 | 5 | 4 |
| „ 3'1 — 3'5 | 5 | — | 4 |
| „ 3'6 — 4'0 | 4 | 5 | 2 |
| „ 4'1 — 7'0 | 18 | 15 | 14 |
| ponad 7'0 | 8 | 10 | 13 |

szość wskaźników skróconych do 15 i 20 minut powyżej 3'0. Procentowo otrzymane wyniki przedstawiają się w 38 przypadkach następująco: w 8 przypadkach (=21%) otrzymano wskaźniki poniżej 3'5, a w 30 przypadkach (=79%) powyżej 3'5. Te same procentowe wyniki otrzymano przy skróceniu próby Zalewskiego do 15 minut przy granicy 3'0, natomiast przy skróceniu próby Zalewskiego do 20 minut otrzymano tylko w 5 przypadkach (=13%) wskaźniki poniżej 3'0, natomiast w 33 przypadkach (=87%) powyżej 3'0.

Osobno wspomnieć muszę o badaniach nad początkową ciepłotą zewnętrznego przewodu słuchowego i o stosunku tej ciepłoty do ciepłoty ciała, mierzonej pod pachą. Ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego zależy od ciepłoty ciała, lecz inaczej ustosunkowuje się do niej w przypadkach prawidłowych, inaczej w przypadkach lekkiego zapalenia wyrostka sutkowego, wyleczonych bez operacji, inaczej w przypadkach ciężkiego zapalenia wyrostka sutkowego, w których wykonano wydłótowanie wyrostka sutkowego. Stosunki te przedstawia tablica VIII.

Jak widać z tego zestawienia, w przypadkach prawidłowych ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest przeważnie niższa od ciepłoty ciała lub jej równa, ogółem w 84% przypadków, w przypadkach wyleczonych bez operacji jest niższa lub równa ciepłocie ciała w 60% przypadków, a w przypadkach operowanych tylko w 23% przypadków. Natomiast ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest wyższa od ciepłoty ciała w przypadkach prawidłowych tylko w 16% przypadków, w przypadkach wyleczonych bez operacji w 40% przypadków, a w przypadkach operowanych w 77% przypadków.

TABLICA VIII.

## Stosunek ciepłoty ucha do ciepłoty ciała.

| | Ilość przypadków | | |
|---|---|---|---|
| | prawidłowych | nieoperowanych | operowanych |
| w których | | | |
| a) Ciepłota ucha jest niższa od ciepłoty ciała . . . . | 43 | 26 | 9 |
| b) Ciepłota ucha jest równa ciepłocie ciała . . . . . | 20 | 18 | 4 |
| c) Ciepłota ucha jest wyższa od ciepłoty ciała . . . . | 12 | 30 | 43 |

Różnica pomiędzy obu ciepłotami wynosi w przypadkach prawidłowych przeważnie od 0'1⁰ — 0'3⁰, mianowicie w 34 przypadkach (= 45%) jest o tyle niższa, a w 10 przypadkach jest o tyle wyższa. Największa różnica wynosi 0'6⁰ w jednym przypadku. Wyniki otrzymane w przypadkach prawidłowych zbliżone są nieco do wyników badań Eitelberga[1]) i Mendla[2]), którzy stwierdzali prawie zawsze ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego niższą od ciepłoty ciała o 0'1⁰ — 0'3⁰. Natomiast wyniki otrzymane w przypadkach patologicznych nieoperowanych i operowanych różnią się od wyników badań Eitelberga i Mendla, zato zgadzają się prawie zupełnie z wynikami badań Zalewskiego oraz Dobrzańskiego. Mianowicie Zalewski miał w swoich 139 badaniach 94 razy (= 68%) ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego wyższą od ciepłoty ciała, mierzonej pod pachą, 17 razy (= 12%) równą, a 28 razy (= 20%) niższą od niej. Dobrzański miał w swoich 51 badaniach 26 razy (= 50%) ciepłotę wyższą w zewnętrznym przewodzie słuchowym, niż pod pachą, 13 razy (= 26%) równą ciepłocie ciała, a 12 razy (= 24%) niższą od niej. Obecne badania wykazują w 130 przypadkach patologicznych — 73 razy (= 56%) ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego wyższą od ciepłoty ciała mierzonej pod pachą, 22 razy (=17%) równą, a 35 razy (= 27%) niższą od niej. Największa różnica między obu ciepłotami w przypadkach patologicznych wynosi 1'0⁰ w jed-

[1]) Ref. Arch. f. Ohrenheilkunde. T. 21, str. 97.

[2]) Politzer: Lehrbuch d. Ohrenheilkunde 1908, str. 45.

nym przypadku. W przypadkach ciężkich zwykle ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest wyższą od ciepłoty ciała.

Najniższa początkowa ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego wynosi w przypadkach prawidłowych 36'4°, w przypadkach nieoperowanych 36'3°, a w przypadkach operowanych 36'7°, najwyższa w przypadkach nieoperowanych 39'2°, a w przypadkach operowanych 39'5°. Procentowo początkowa ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego w 130 przypadkach patologicznych przedstawia się następująco: w 24% przypadków nie przekracza 37°, w 72% przypadków jest wyższa niż 37°, a w 4% przypadków przekracza 39°. Wyniki te zgadzają się prawie w zupełności z wynikami Zalewskiego, który miał w 16% przypadków ciepłotę zewnętrznego przewodu słuchowego nieprzekraczającą 37°, w reszcie przypadków wyższą niż 37°, a w 8% przypadków przekraczającą 39°.

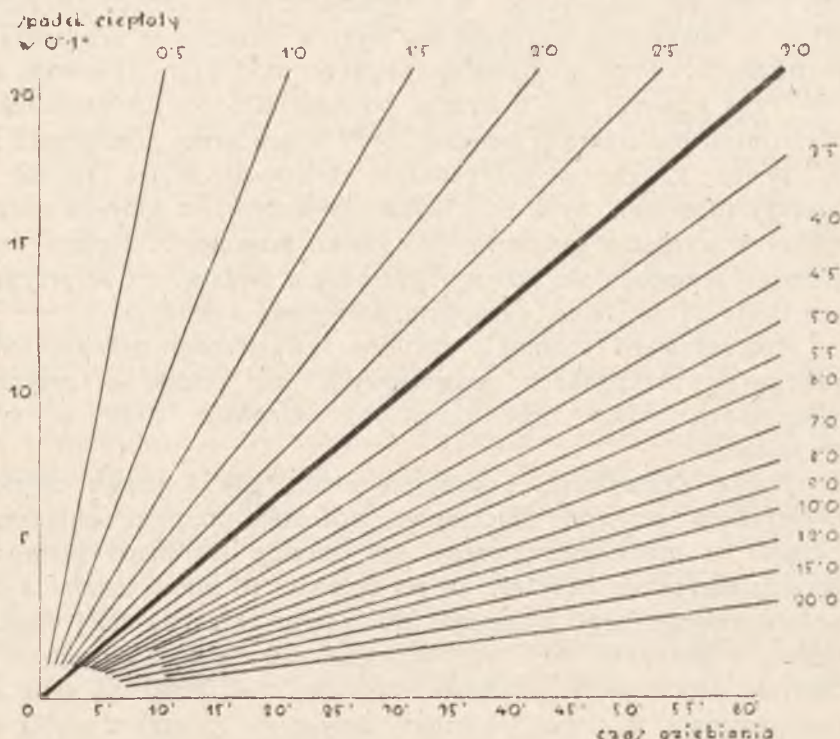
Przy porównywaniu ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach wyleczonych bez operacji z ciepłotą zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach operowanych zauważyć można w większości przypadków wyższą ciepłotę w przypadkach operowanych. Przy podzieleniu ciepłoty na 3 grupy pierwszą do 37°, drugą powyżej 37° i trzecią powyżej 39°, to w przypadkach wyleczonych bez operacji stosunek tych trzech grup przedstawia się jak 34 : 65 : 1, zaś w przypadkach operowanych jak 12 : 82 : 6. Świadczy to o tem, że w przypadkach cięższych, w których proces zapalny w wyrostku sutkowym jest daleko posunięty, ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego jest naogół wyższą, niż w przypadkach lżejszych ze słabiej nasilonym proceseem zapalnym.

Procentowego stosunku ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego w przypadkach prawidłowych nie podaję z przyczyn wyjaśnionych wyżej przy omawianiu ciepłoty ciała w tych przypadkach.

Próba Zalewskiego kończy się wtedy, gdy końcowa ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego pozostaje pomimo ochładzania w ciągu 10 minut bez zmiany, lub zacznie się nieco podnosić. Niekiedy zdarza się również, że po upływie 10 minut ustalania się, ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego zaczyna dalej opadać. Ogółem w obecnych 205 badaniach końcowa ciepłota zewnętrznego przewodu słuchowego pozostała 145 razy (= 70'5%) na tym samym poziomie w ciągu 10 minut, przyczem 15 razy (= 7%) po upływie tego czasu zaczęła dalej opadać o jedną do pięciu kresek.

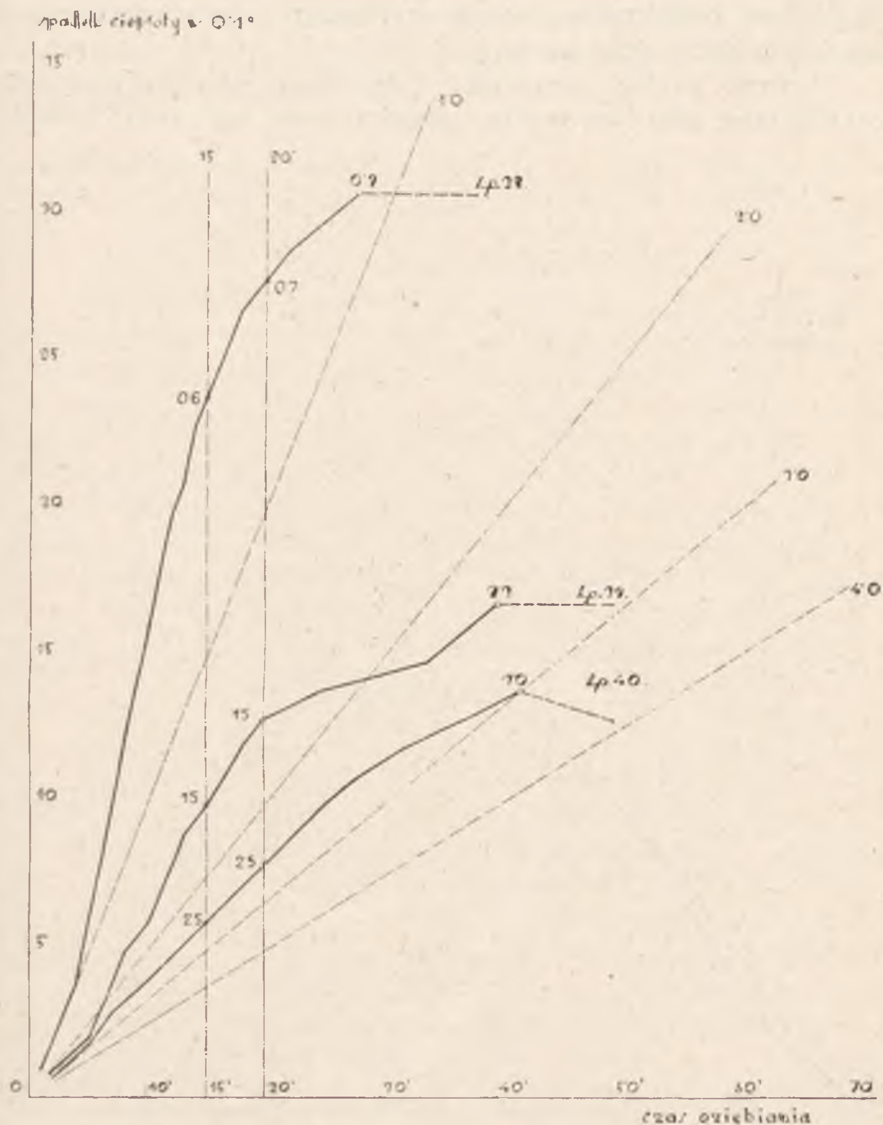
Natomiast 60 razy (= 29'5%) zakończenie próby Zalewskiego nastąpiło z powodu podnoszenia się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego do góry mimo dalszego ochładzania wyrostka sutkowego. W większości przypadków podobne podniesienie się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego wynosiło tylko jedną kreskę (jedną dziesiątą część stopnia), jednakże w trzech przypadkach wyniosło nawet 5 kresek, czyli połowę stopnia. Przeważnie zdarzało się to w przypadkach z bardzo długim czasem ochładzania, może więc kończenie się próby Zalewskiego przez podnoszenie się końcowej ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego świadczy o zbyt długiem trwaniu czasu ochładzania w tych przypadkach.

Przebieg próby Zalewskiego daje się w łatwy sposób przedstawić graficznie w postaci wykresu, plastycznie uzmysławiającego wartość danego wskaźnika. Na ramieniu poziomem wykresu, czyli od-




Rys. 1. Róża wskaźników.

ciętej, przedstawiony jest czas ochładzania w minutach (**m**), a na ramieniu pionowem, czyli rzędnej, przedstawiony jest każdoczasowy,



Rys. 2. Przebieg prób w przypadkach prawidłowych Nr. 38, 39 i 40.

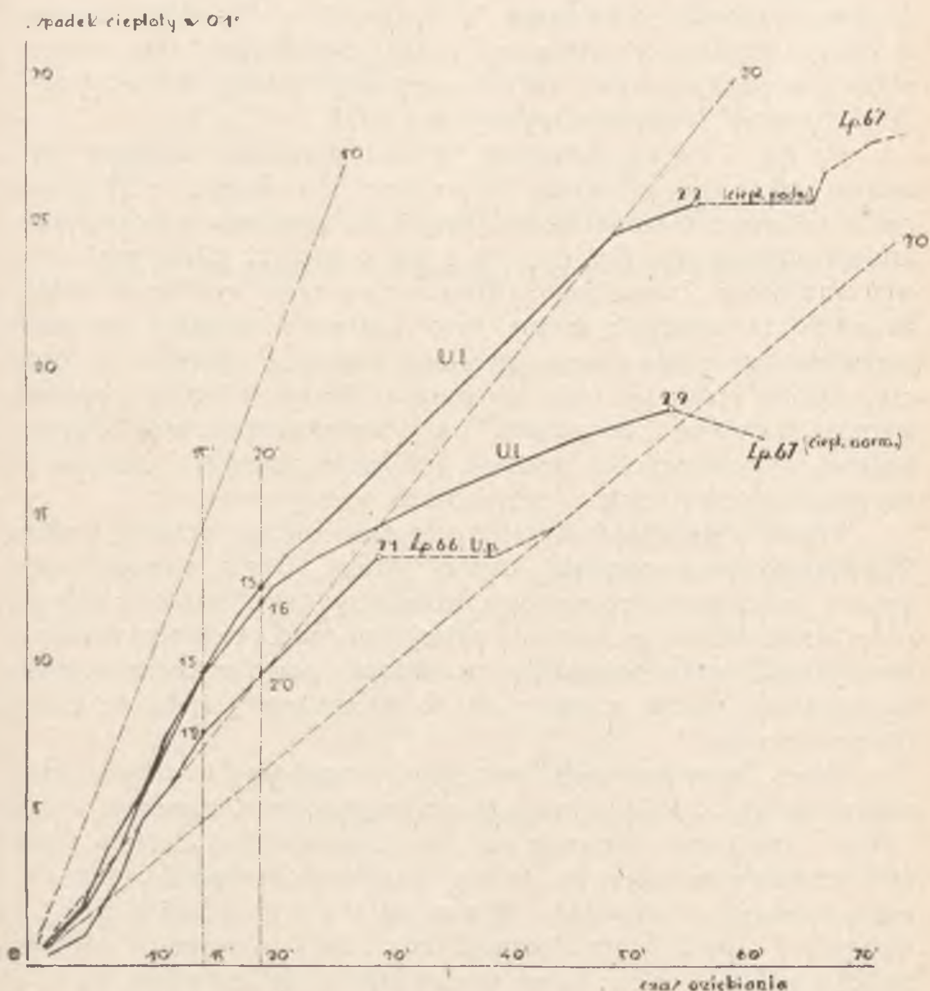
notowany co parę minut, spadek ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego, wyrażony w dziesiątych częściach stopnia (s). Przez połączenie otrzymanych punktów na wykresie linją otrzymuje się przebieg danej próby w postaci linji falistej, biegnącej ukośnie i łukowato do góry, mniej lub więcej ostro, by wreszcie przejść w linję poziomą lub cokolwiek opaść ku dołowi. Zależnie od długości czasu ochładzania i wysokości spadku ciepłoty otrzymana linja falista jest dłuższa lub krótsza.

Wartość każdego wskaźnika Zalewskiego przedstawiona jest schematycznie jako linja prosta, biegnąca mniej lub więcej ukośnie

Rys. 3. Przebieg prób w przypadku prawidłowym Nr. 50.

promienisto od punku początkowego O. Po uwzględnieniu wszystkich możliwych wskaźników Zalewskiego otrzymuje się różę wskaźników (p. rys. 1). W obrębie tej róży wskaźników pomieścić można wszystkie otrzymane wskaźniki Zalewskiego niezależnie od przebiegu próby, a zwłaszcza od długości czasu ochładzania i wysokości spadku ciepłoty.

Wykresy takie wykonałem dla wszystkich prób w ilości 205. Z przyczyn natury technicznej jest rzeczą niemożliwą umieszczenie



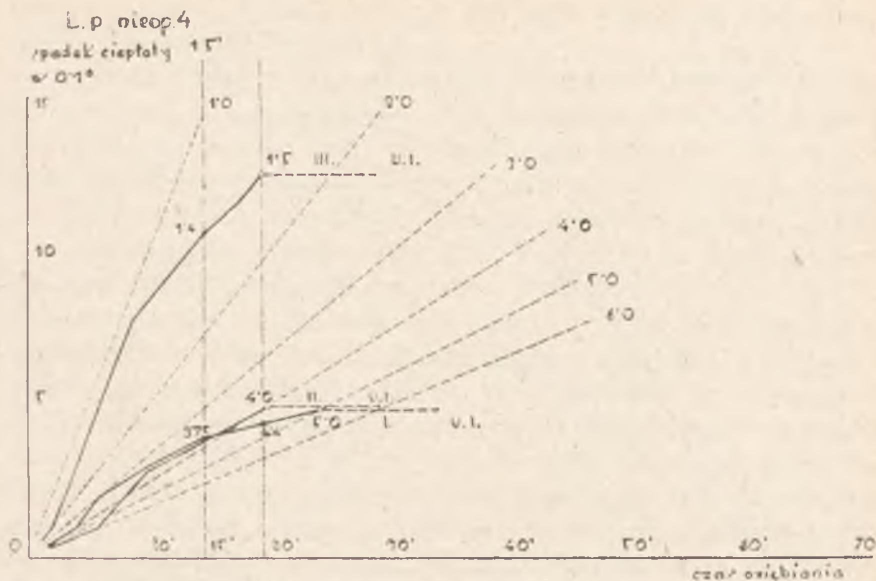

Rys. 4. Przebieg prób w przypadkach prawidłowych Nr. 66 i 67

wszystkich wykresów w tej pracy. Natomiast podaję kilka bardziej charakterystycznych wykresów zarówno z przypadków prawidłowych jak i patologicznych. Na rys. 2 przedstawione są trzy próby prawidłowe Nr. praw. 38, 39 i 40 o różnym przebiegu i różnym wskaźniku, zależnym od wielkości, budowy i stopnia pneumatyzacji danego wyrostka sutkowego. Na tych wykresach można zauważyć, że już w pierwszych minutach ochładzania zaznacza się charakter przewodnictwa ciepła danego wyrostka sutkowego tak, że prawie od początku próby Zalewskiego można wiedzieć, czy wskaźnik przewodnictwa ciepła będzie niski czy wysoki. Na rys. 3 i 4 przedstawione są dwa przypadki prawidłowe Nr. praw. 50 i 67, wyżej opisane, w których dwukrotnie wykonano próbę Zalewskiego przy pewnej różnicy w ciepłocie ciała. Na obu rysunkach widać prawie identyczny charakter dwukrotnie wykonanych prób.

Na rys. 5 i 6 przedstawione są dwa przypadki zapalenia wyrostka sutkowego wyleczone bez operacji Nr. nieop. 4 i 37, a na rys. 7 i 8 przedstawione są dwa przypadki zapalenia wyrostka sutkowego operowane Nr. op. 24 i 35, w których kilkakrotnie powtarzano próbę Zalewskiego. Również na tych wykresach widać, że już po 15 minutach można było dokładnie określić charakter przewodnictwa ciepła danego wyrostka sutkowego zależnie od tego, czy przebieg próby był niski lub wysoki. Można również zauważyć wyraźne stopniowe poprawianie się przewodnictwa ciepła w przypadkach wyleczonych bez operacji, a wyraźne stopniowe pogarszanie się przewodnictwa ciepła w przypadkach operowanych.

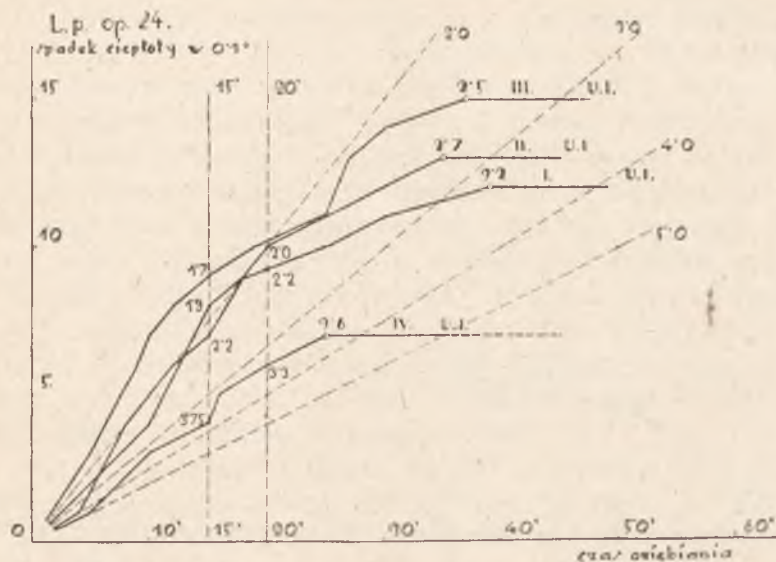
Prawie z wszystkich wykresów okazuje się, że przebieg próby Zalewskiego da się podzielić na trzy okresy. Okres pierwszy najkrótszy przedstawia początkowy wolniejszy nieco spadek ciepłoty, okres drugi dłuższy przedstawia najszybszy spadek ciepłoty, wreszcie okres trzeci, zwykle najdłuższy, przedstawia powolny coraz wolniejszy końcowy spadek ciepłoty aż do jej ustalenia się lub lekkiego podniesienia się.

Okres pierwszy zależy od czasu potrzebnego w danym przypadku na ochłodzenie się samego przyrządu Leitera, następnie skóry i tkanki podskórnej, wreszcie na przeniknięcie niskiej ciepłoty przez sam wyrostek sutkowy aż do termometru włożonego do zewnętrznego przewodu słuchowego. W przypadkach prawidłowych czas ten wynosi od 1 do 5 minut i bezwzględnie zależy również od budowy samego wyrostka, ale z jednej strony zbyt wiele czynników wpływa na niego, a z drugiej strony jest on za krótki, by na podstawie jego

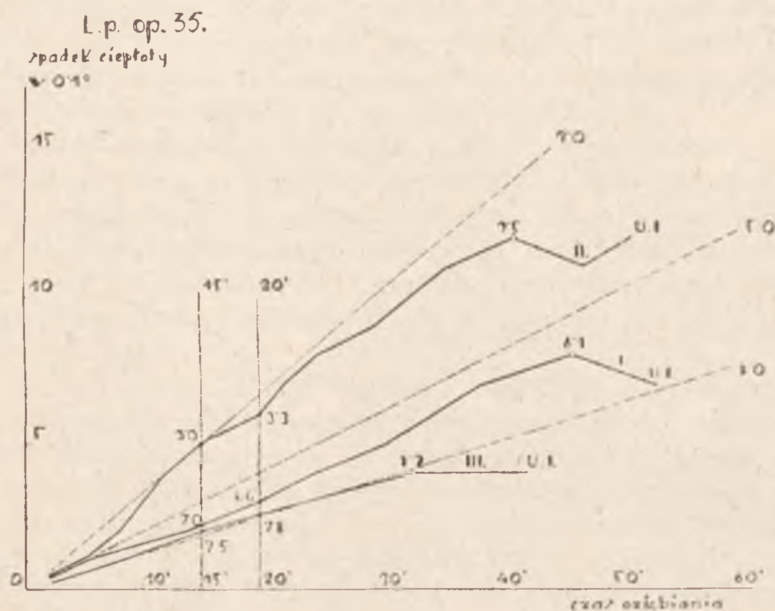



Rys. 5. Przebieg prób w przypadku wyleczonym bez operacji Nr. 4.

Rys. 6. Przebieg prób w przypadku wyleczonym bez operacji Nr. 37.




Rys. 7. Przebieg prób w przypadku operowanym Nr. 24.




Rys. 8. Przebieg prób w przypadku operowanym Nr. 35.

można wyciągać wnioski o stanie wyrostka sutkowego, tak, jak to również proponuje Dylewski.

Okres drugi próby — najszybszego spadku ciepłoty — jest najbardziej stałym i przedstawia się w większości przypadków prawidłowych jako prosta linja, odpowiadająca pewnemu wskaźnikowi. Czas jego trwania łącznie z okresem pierwszym wynosi przeciętnie 15—20 minut, choć często dochodzi lub nawet przekracza 40 minut.

Okres trzeci — powolnego spadku ciepłoty aż do jej ustalenia się—jest składnikiem najmniej stałym próby. W przypadkach prawidłowych może on być bardzo krótkim, a nawet może wogóle nie występować, a może też być bardzo długim, zwłaszcza w wyrostkach sutkowych sklerotycznych. Okres trzeci sprawia, że próba nieraz nadmiernie się przeciąga, dochodząc np. w jednym moim przypadku do 94 minut. Ciepłota w tym okresie próby opada o jedną dziesiętną stopnia czasem po 6 minutach, czasem po 7, 8, a nawet 9 minutach. W takich razach po zanotowaniu nowego spadku ciepłoty, należy czekać dalsze 10 minut, by stwierdzić ustalenie się ciepłoty. Zdarzyło się to w 16 przypadkach prawidłowych (=22%). W kilku przypadkach takie dłuższe przerwy w spadku ciepłoty, trwające od 6—9 minut zdarzały się kilkakrotnie, co przyczyniło się wybitnie do obniżenia wartości wskaźnika. W ten sposób w 3 próbach prawidłowych, wyżej przytoczonych (Nr. praw. 32, 63 i 6), wskaźnik przekroczył 3'5 t. j. granicę prawidłową, nakreśloną przez Zalewskiego, przyczem czas ochładzania wynosił 72, 84 i 59 minut.

Jak już kilka razy wspominałem, czas ochładzania wyrostka sutkowego jest wartością bardzo niestałą i nie dającą się z góry przewidzieć. W obecnych przypadkach prawidłowych wynosił przeciętnie 42 minut, a w przypadkach patologicznych przeciętnie 36 minut, co wraz z czasem potrzebnym do ustalenia się ciepłoty końcowej oraz do przygotowania próby wymaga dla wykonania jednej próby przeciętnie najmniej godzinę czasu.

Jak widać z wyżej przytoczonych przypadków (Nr. praw. 32, 63 i 6), czas ochładzania nie powinien być za długi, gdyż przez to zmniejsza się dokładność otrzymanego wskaźnika. Z drugiej strony czas ochładzania nie może być za krótki, gdyż wtedy również zmniejsza się dokładność próby. Według moich badań czas ochładzania powinien wynosić najmniej 15 minut. Odczytując wskaźnik przy krótszym czasie ochładzania niż 15 minut, można go nieraz otrzymać w granicach prawidłowych, mimo małego spadku ciepłoty, świadczącego o upośledzonem przewodnictwie ciepła tak, jak to widać z wyżej opisanych przypadków (Nr. op. 3; 9 II i 27 III).

Zastanawiając się nad możnością skrócenia czasu wykonywania próby, przyszedłem do przekonania, że okres trzeci próby jest najmniej potrzebny, a może nawet zbyteczny, gdyż nietylko przedłuża czas wykonywania próby, ale również obniża nieraz bardzo znacznie końcową wielkość wskaźnika. Być może, należałoby więc ograniczyć się tylko do pierwszego i drugiego okresu. Ale drugi okres w niektórych przypadkach trwa również dosyć długo, bo nieraz dochodzi lub przekracza 40 minut, jednakże przebieg tego okresu przez cały czas jest zbliżony do linji prostej, to znaczy, że przez cały czas mamy prawie jednakową wartość wskaźnika. Na tej podstawie sądząc, możnaby bez szkody dla wyniku samej próby skrócić również okres drugi. Należałoby więc ustalić końcową granicę ochładzania i w ten sposób osiągnąć znaczne skrócenie czasu wykonywania próby, gdyż oprócz skrócenia czasu samego ochładzania odpadłby zupełnie czas ustalania się ciepłoty końcowej.

Jako końcowa granica czasu ochładzania wyrostka sutkowego wystarczy, jak się zdaje, **15** lub **20** minut. Jak wykazały moje badania, czas tak krótki wystarczy w zupełności do określenia przewodnictwa ciepła danego wyrostka sutkowego i to zarówno w przypadkach prawidłowych, jak i w patologicznych. Lecz, ponieważ odpada w ten sposób okres powolnego spadku końcowego ciepłoty, wartość cyfrowa wskaźników nieco się podnosi, dlatego też jako granicę pomiędzy wskaźnikami prawidłowemi a patologicznemi możnaby przyjąć wskaźnik **3'0**.

Przyjęcie tego uproszczenia w wykonywaniu próby Zalewskiego miałoby jeszcze inną dodatnią stronę, mianowicie upraszczałoby nieco techniczną stronę próby, która wyglądałaby teraz w sposób następujący:

*Po umocowaniu przyrządu Leitera na wyrostku sutkowym [p. fig. 1], założeniu termometru usznego do zewnętrznego przewodu słuchowego i ustaleniu się ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego, przepuszcza się przez przyrząd Leitera wodę zimną o ciepłocie 8 stopni Celsjusza, notując czas rozpoczęcia próby oraz początkową ciepłotę przewodu słuchowego. Następnie po upływie 15 względnie 20 minut kończy się ochładzanie wyrostka sutkowego, notując ciepłotę końcową przewodu słuchowego. Przez cały czas ochładzania zbytecznem jest stałe obserwowanie termometru usznego, wystarczy jedynie kontrolować, czy chory leży spokojnie i czy woda przepływa przez przyrząd Leitera jednostajnym strumieniem. Wskaźnik oznacza się przez podzielenie 15 lub 20 [stałe* m*] przez*

*różnicę między początkową a końcową ciepłotą przewodu usznego wyrażoną w 0'1⁰ [s].*

W razie przyjęcia proponowanego przeze mnie skrócenia próby przewodnictwa ciepła możnaby jeszcze uprościć sposób obliczania wskaźnika. Zamiast dzielenia czasu ochładzania przez otrzymany spadek ciepłoty, możnaby, wobec ustalenia długości czasu ochładzania, przyjąć jako wskaźnik przewodnictwa ciepła samą cyfrę otrzymanego spadku ciepłoty. Wtedy złe przewodnictwo ciepła określałyby wskaźniki niskie od 0 — 5 dla 15 minut i od 0 —6'5 dla 20 minut ochładzania, a dobre przewodnictwo ciepła wskaźniki wysokie powyżej 5 względnie 6'5. Te dwie ostatnie cyfry, odpowiadające spadkowi ciepłoty potrzebnemu dla uzyskania dotychczasowego wskaźnika 3'0, stanowiłyby wtedy granicę prawidłową. To uproszczenie w obliczaniu wskaźników przewodnictwa ciepła rozszerzyłoby nieco skalę wskaźników, co mogłoby ułatwić odczytywanie ich wartości.

We wszystkich 205 próbach Zalewskiego obliczono oprócz zwykłych wskaźników również wskaźniki skrócone do 15 i 20 minut, przyczem wszystkie otrzymane wskaźniki nieskrócone i skrócone umieszczone zostały na załączonych tablicach i zostały już wyżej częściowo omówione.

Ogólne zestawienie wskaźników prawidłowych przedstawia tablica III. Jak widać z tego zestawienia oraz z tablic szczegółowych II A i B, wskaźniki skrócone w przypadkach prawidłowych nie różnią się zasadniczo od wskaźników nieskróconych, jednakże są od nich nieco niższe. Podczas gdy wskaźniki nieskrócone wahają się od 0'8 — 3'9, to wskaźniki skrócone do 15 minut wahają się od 0'6 — 3'0, a wskaźniki skrócone do 20 minut od 0'7 — 2'9.

Ogólne zestawienie wskaźników patologicznych przedstawiają tablice V i VII, a szczegółowe zestawienia tablice IV A i B, oraz VI A i B. Na tych tablicach można spostrzec to samo, co na tablicach ze wskaźnikami prawidłowemi, mianowicie, że niema zasadniczej różnicy pomiędzy wskaźnikami skróconemi a nieskróconemi przy dużej różnicy w czasie zużytym na wykonanie próby.

Granicą prawidłową dla wskaźników skróconych jest wskaźnik 3'0. W grupie przypadków prawidłowych nie otrzymano po skróceniu próby do 15 i 20 minut ani jednego wskaźnika powyżej 3'0. W grupie przypadków wyleczonych bez operacji znaczna większość przypadków (90% i 85'5%) znajduje się poniżej 3'0, a w grupie przypadków operowanych, znaczna większość przypadków (79% i 87%) znajduje się powyżej 3'0.

Skrócenie czasu wykonywania próby Zalewskiego, jak już wspomniałem, ma wiele dodatnich stron. Oprócz już omówionych jak to, że próba po skróceniu jest mniej uciążliwą dla chorego i lekarza, że technika wykonania próby jest bardziej uproszczoną, że wyniki próby są takie same, a może nawet nieco dokładniejsze ze względu na ustalenie długości czasu ochładzania wyrostka sutkowego, — wspomnieć należy również o ułatwieniu stosowania próby Zalewskiego w praktyce dziecięcej. W przypadkach obecnie opisanych najniższy wiek wynosił 9 lat, u Dobrzańskiego 7 lat, u Dylewskiego 8 lat. U dzieci w tym wieku, nieraz niecierpliwych, trudno dających się utrzymać w pozycji prawie nieruchomej, skrócenie czasu wykonywania próby znacznie ją ułatwia, a nawet umożliwić może stosowanie jej u spokojnych dzieci w jeszcze młodszym wieku. Zaznaczyć jednakże przytem trzeba, że djagnostyka zapalenia wyrostka sutkowego u dzieci jest łatwiejsza jak u dorosłych, również stwierdzenie wskazania do zabiegu operacyjnego u dzieci zwykle nie natrafia na trudności, tak, że stosowanie próby Zalewskiego u dzieci niezawsze jest potrzebne.

Otrzymane wskaźniki przewodnictwa ciepła wykazują zarówno w przypadkach prawidłowych, jak i w patologicznych, znaczne różnice pod względem swej wysokości. Nie ulega wątpliwości, że zjawisko to zależy w przypadkach prawidłowych od budowy wyrostka sutkowego i stopnia jego pneumatyzacji, a w przypadkach patologicznych oprócz tego od stopnia nacieczenia zapalnego i zmian powstałych w wyrostku sutkowym.

Od czasu rozwoju rentgenografji ucha stwierdzenie, jakiego rodzaju wpływ wywiera budowa i stopień pneumatyzacji wyrostka sutkowego na jego przewodnictwo ciepła, nie przedstawia większych trudności.

Prawie w połowie ogólnej liczby przypadków wykonano w tym celu zdjęcia rentgenowskie niemal wszystkie w dwu pozycjach Stenversa i Schüllera. Zdjęcia takie wraz z próbami Zalewskiego wykonano w 52 przypadkach prawidłowych, w 10 przypadkach wyleczonych bez operacji i w 6 przypadkach operowanych, ogółem w 68 przypadkach.

Badania te zostały zapowiedziane przez Dobrzańskiego*), jednakże nie zostały przeprowadzone systematycznie z przyczyn natury technicznej. Przypuszczenie Dobrzańskiego, że prze-

*) Polski Przegląd Otolaryngologiczny 1924 T. I, zesz. 3—4, str. 169.

wodnictwo ciepła w wyrostkach silnie pneumatyzowanych powinno być bardziej opóźnione niż w wyrostkach sklerotycznych, nie zostało potwierdzone przez obecne badania. Mianowicie okazało się, że wyrostki sutkowe silnie pneumatyzowane znacznie lepiej przewodzą ciepło niż wyrostki sklerotyczne.

W 21 przypadkach prawidłowych silnie pneumatyzowanych (p. tabl. IX) wskaźnik przewodnictwa ciepła waha się od 0'8 — 2'8, głównie obracając się między 1'6—2'0, mianowicie wynosi w 6 przypadkach (=28%) od 0'8 — 1'5, w 10 przypadkach (=48%) wynosi od 1'6 – 2'0', a w 5 przypadkach (=24%) wynosi od 2'1—2'8. Co do wskaźników skróconych, to wskaźniki skrócone do 15 minut wahają się od 0'7 — 1'9, a skrócone do 20 minut wahają się od 0'8 — 2'2. Ogółem dwie trzecie wskaźników skróconych do 15 i 20 minut w przypadkach silnie pneumatyzowanych nie przekracza 1'5, co świadczy o bardzo dobrem przewodnictwie ciepła.

TABLICA IX.

**Wyrostki sutkowe silnie pneumatyzowane.**

| Rodzaj i rozpiętość wskaźników: | Wskaźniki Zalewskiego od 0'8—2'8 | Wskaźniki skrócone do 15' od 0'7—1'9 | Wskaźniki skrócone do 20' od 0'8—2'2 |
|---|---|---|---|
| Wskaźniki | Ilość przypadków | | |
| poniżej 1'0 | 2 | 6 | 4 |
| od 1'1—1'5 | 4 | 8 | 9 |
| „ 1'6—2'0 | 10 | 7 | 7 |
| „ 2'1—2'5 | 4 | — | 1 |
| „ 2'6—2'8 | 1 | — | — |

W 8 przypadkach prawidłowych sklerotycznych (p. tabl. X) wskaźnik przewodnictwa ciepła waha się od 2'1 – 3'6, głównie obracając się między 2'6 —3'0, przyczem w 2 przypadkach przekracza 3'0. Wskaźniki skrócone do 15 minut w tych samych przypadkach wynoszą od 1'5 — 2'5, a skrócone do 20 minut wynoszą od 1'6 — 2'9, czyli wykazują również znacznie gorsze przewodnictwo ciepła.

Ale nietylko sama budowa wewnętrzna wyrostka sutkowego wpływa na wysokość wskaźnika przewodnictwa ciepła, również pewien wpływ na nią wywierają rozmiary wyrostka sutkowego oraz grubość warstwy korowej czyli zewnętrznej ściany wyrostka. Jak się bowiem okazało, małe wyrostki sutkowe lepiej przewodzą cie-

TABLICA X.

## Wyrostki sutkowe sklerotyczne.

| Rodzaj i rozpiętość wskaźników: | Wskaźniki Zalewskiego od 2'1—3'6 | Wskaźniki skrócone do 15' od 1'5—2'5 | Wskaźniki skrócone do 20' od 1'6—2'9 |
|---|---|---|---|
| Wskaźniki | Ilość przypadków | | |
| poniżej 1'0 | — | — | — |
| od 1'1—1'5 | — | 2 | — |
| „ 1'6—2'0 | — | 3 | 4 |
| „ 2'1—2'5 | 1 | 3 | 3 |
| „ 2'6—3'0 | 5 | — | 1 |
| „ 3'1—3'6 | 2 | — | — |

pło od dużych, a to prawdopodobnie z powodu większego udziału w przewodnictwie ciepła tkanek otaczających wyrostek sutkowy w tych przypadkach. Natomiast grubość warstwy korowej wpływa na obniżenie się przewodnictwa ciepła, mianowicie im ściana zewnętrzna wyrostka jest grubsza, tem jest gorsze przewodnictwo ciepła.

Dylewski w swej pracy wyraża pytanie, czy i o ile wpływa położenie zatoki esowatej w przypadku t. zw. zatoki przodującej na wysokość wskaźnika Zalewskiego. Obecne badania dają odpowiedź na to pytanie, mianowicie położenie zatoki esowatej wpływa dość wyraźnie na przewodnictwo ciepła w wyrostku sutkowym. W przypadkach, w których na zdjęciu rentgenowskiem stwierdza się zatokę przodującą, stwierdza się przeważnie znacznie lepsze przewodnictwo ciepła, aniżeli w przypadkach, w których na zdjęciu rentgenowskiem zatoka jest położona ku tyłowi lub pośrodkowo. Ma to znaczenie praktyczne przy ocenianiu otrzymanego wskaźnika przewodnictwa ciepła w przypadkach patologicznych, w których zdjęcie rentgenowskie wykazuje zatokę przodującą.

Jak z tego widać, budowa wyrostka sutkowego i stopień jego pneumatyzacji wpływa wybitnie na wielkość wskaźnika przewodnictwa ciepła i jest przyczyną jego dużej rozpiętości w przypadkach prawidłowych.

Jak już wspomniałem, wielkość wskaźnika przewodnictwa ciepła w przypadkach patologicznych zależy oprócz samej budowy wyrostka sutkowego przedewszystkiem od zmian zapalnych w nim powstałych. Zależność zwiększania się lub zmniejszania wskaźnika przewodnictwa ciepła od stopnia zmian zapalnych w wyrostku sut-

kowym wykazują wyraźnie zdjęcia rentgenowskie wykonane w 16 przypadkach patologicznych, w tem w 10 przypadkach wyleczonych bez operacji i w 6 przypadkach operowanych. W 7 przypadkach zdjęcia te były kilkakrotnie powtarzane w pewnych odstępach czasu, przyczem w tym samym czasie powtarzano próbę Zalewskiego. W razie stwierdzania poprawy w obrazie rentgenowskim w postaci wyjaśniania się komórek sutkowych, poprzednio zaciemnionych i zatartych, jak również samej struktury wyrostka, równocześnie za każdym razem stwierdzano obniżanie się czyli poprawianie się wskaźnika przewodnictwa ciepła np. przyp. nieop. Nr 32, 34, 36 i 37. Natomiast, w razie stwierdzania w obrazie rentgenowskim pogarszania się stanu zapalnego wyrostka w postaci zaciemniania się i zacierania struktury komórkowej wyrostka sutkowego lub też zlewania się komórek sutkowych w jedną jamę, równocześnie próba Zalewskiego wykazywała zwiększanie się czyli pogarszanie się wskaźnika przewodnictwa ciepła np. w przyp. op. Nr. 35 i nieop. Nr. 33 IV. Świadczy to o ważności i wartości próby Zalewskiego dla odpowiedniego oceniania nasilenia stanu zapalnego w wyrostku sutkowym w przypadkach, w których zdjęcie rentgenowskie nie daje wyraźnej odpowiedzi, lub też w których nie można go wykonać.

W 143 próbach mierzyłem szybkość wody przepływającej przez przyrząd Leitera w ciągu 1 minuty. Szybkość ta wykazywała duże wahania, nawet w czasie wykonywania tej samej próby i zależała od ilości wody w naczyniu, od wielkości otworu w oliwce ołowianej umieszczonej na dnie naczynia, od każdego nawet drobnego zanieczyszczenia oliwki lub samego przyrządu Leitera. Szybkość wody wahała się od 140 $cm^3$ do 300 $cm^3$ wody w ciągu 1 minuty, wynosząc przeciętnie 200 $cm^3$. Szybkość wody, przepływającej przez przyrząd Leitera, u Zalewskiego wynosiła mniej więcej 150 $cm^3$ wody w ciągu 1 minuty. Dobrzański i Dylewski szybkości wody nie podali. Według moich spostrzeżeń wahania w szybkości przepływającej wody w zakresie 140 $cm^3$ do 300 $cm^3$ pozostawały bez większego wpływu na szybkość opadania ciepłoty zewnętrznego przewodu słuchowego (p. Nr. praw. 50).

Wreszcie podam kilka technicznych warunków dobrego wykonania próby:

Przyrząd Leitera, służący do oziębiania wyrostka sutkowego (p. fig. 2), powinien być sporządzony z miękkiego metalu, najlepiej ołowiu, tak, by go łatwo można przez odpowiednie wyginanie dostosować do każdego wyrostka sutkowego. Powinien składać się

jedynie ze zwoju umieszczanego na wyrostku sutkowym, a nie powinien posiadać połączenia przed uchem, gdyż ono może być przyczyną błędu. Wymiary przyrządu wynoszą 12·8 cm. Ze względów praktycznych należy używać osobnego przyrządu Leitera dla strony prawej i osobnego dla strony lewej. To ułatwia w dużej mierze dostosowywanie przyrządu Leitera do wyrostka sutkowego, przez co zwiększa się dokładność wykonania próby. Przyrząd Leitera należy w każdym przypadku po dostosowaniu go do danego wyrostka przymocować dobrze przy pomocy opaski, zwracając jednak baczną uwagę na to, by nie przylegał on do małżowiny usznej, gdyż to mogłoby spowodować przenikanie zimna nietylko przez wyrostek, ale przedewszystkiem przez małżowinę i skórę przewodu słuchowego i być przyczyną grubego błędu.

Termometr uszny (p. fig. 3) powinien być wielkości podanej przez Zalewskiego, t. zn. długość jego od miejsca zakrzywienia (czyli części zawierającej podziałkę) powinna wynosić około 9 cm. Termometry dłuższe są niewygodne w użyciu, a przedewszystkiem mogą być również przyczyną błędów, mianowicie z powodu swego większego ciężaru, łatwiej ulegają przesunięciu nawet przy lekkich ruchach chorego np. przy poziewaniu, co znowu może spowodować zmniejszenie się lub zwiększenie się spadku ciepłoty. Termometr krótki po starannem umocowaniu go przylepcem nie ulega takim wpływom. Dobrze jest podeprzeć go przy pomocy waty twardo zwiniętej, podsuniętej pod niego. Termometr uszny powinien mieć w części swej krótszej rozszerzenie bańkowate, które szczelnie powinno przylegać do ścian przewodu słuchowego po założeniu do niego termometru. Termometr powinien wchodzić do przewodu usznego mniej więcej na głębokość 2 cm.

Ciepłota wody używanej do ochładzania, wynosząca $8^0$ C, powinna być stale kontrolowaną przez ciepłomierz, stale znajdujący się w naczyniu z wodą. Ciepłotę tę uzyskuje się najłatwiej przez wkładanie lodu do naczynia z wodą. Kawałek lodu, pływający na powierzchni wody utrzymuje ciepłotę na żądanej wysokości. W razie potrzeby, o ile ciepłota wody zacznie się zbyt obniżać, należy lód wyjąć. Naczynie, sama woda i lód muszą być czyste, bez jakiegokolwiek zanieczyszczenia, gdyż lada większy kawałek śmiecia spowodować może zatkanie się przyrządu Leitera lub jego ołowianej oliwki, umieszczonej wraz z drenem gumowym na dnie naczynia i w ten sposób zmniejszyć szybkość przepływającej wody. Należy jeszcze zauważyć, że naczynie z wodą powinno się znajdować zawsze na tej samej wysokości, t. j. około 1 metra.

Przy odczytywaniu ciepłoty przewodu słuchowego oczy obserwującego muszą być na jednym poziomie ze słupkiem rtęci, gdyż przy innem patrzeniu z dołu czy z góry, można się pomylić o jedną a nawet dwie kreski. Przy słabszym wzroku badającego można posługiwać się lupą przy odczytywaniu podziałki termometru.

Jak z tego widzimy, dobre wykonanie próby przewodnictwa ciepła wymaga pewnej staranności. Jednakże mimo konieczności zachowania wspomnianych technicznych ostrożności, wykonanie próby Zalewskiego jest łatwe, zato wyniki próby zawsze wtedy odpowiedzą oczekiwaniom, a nieraz dadzą nam jasną odpowiedź na pytanie: operować, czy leczyć zachowawczo. W ten sposób w przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego, w których mamy wątpliwości co do dalszego postępowania leczniczego, wykonanie próby Zalewskiego da nam wartościową wskazówkę i pozwoli wybrać odpowiedni moment do operacji. Tak więc w całokształcie klinicznego badania w przypadkach zapalenia wyrostka sutkowego próba przewodnictwa ciepła nie może być pominięta. Posługując się nią w przypadkach wątpliwych, zbliżamy się w ten sposób do idealnego dążenia Zalewskiego: nie należy wykonywać ani jednej operacji zapóźno i ani jednej operacji zawcześnie.

## Piśmiennictwo.

1) Dobrzański A. „Dalsze badania nad przewodnictwem ciepła w zapaleniu wyrostka sutkowego (Metoda Zalewskiego)". Pol. Przegl. Otolar. 1924 T. I. Zesz. 3—4. 2) Dylewski B. „Badania nad próbą ochładzania wyrostka sutkowego, podaną przez Prof. Zalewskiego". (Pol. Przegl. Otolar. 1927 T. IV. Zesz. 1—2). 3) Zalewski T. „Wpływ okładów zimnych i ciepłych na ciepłotę przewodu słuchowego zewnętrznego". (Gaz. Lek. 1917 Nr. 7—8 i Monatschr. f. Ohrenheilkunde 1916 Nr. 9—10). 4) Zalewski T. „Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu ostrych spraw zapalnych w wyrostku sutkowym". (Pol. Gaz. Lek. 1924 Nr. 45, 46, 47, 48 i 49). 5) Zalewski T. „La conductibilité thermique et son utilité pour le diagnostic et traitement des inflammations aiguës de l'apophyse mastoïde". (Acta Otolar. T. IX — 4).

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Profesor Dr. *Teofil Zalewski.*

# Ezofagoskopja pod względem rozpoznawczym i leczniczym. *)

Podał Docent Dr. ANTONI DOBRZAŃSKI.

## I. Wstęp.

Do czasu wprowadzenia ezofagoskopji jako sposobu bezpośredniego oglądania światła i ścian przełyku, posługiwano się w celu rozpoznawania schorzeń przełyku jedynie zgłębnikowaniem, wysłuchem i dotykiem. Sposoby te wspólnie z objawami, które chory podawał, pozwoliły jedynie w przybliżeniu postawić rozpoznanie.

Dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia mamy w piśmiennictwie doniesienia różnych autorów o możliwości bezpośredniego oglądania światła i ścian przełyku po wprowadzeniu odpowiednich wzierników.

Jedni autorowie jak Voltolini, Lewin, Selemeder, Störk, Bevan i Waldenburg posługiwali się krótkiemi rurami długości 14 cm, które górnym końcem wystawały w gardzieli, oświetlali je zapomocą lusterka krtaniowego. Sposób ten nie doprowadzał do dobrych wyników, bo jedynie Waldenburgowi udało się tą metodą rozpoznać uchyłek Zenkera. Störk wprowadził później rury na odległym końcu giętkie, składające się z kilku ruchomych członków. Rury te po wprowadzeniu wystawały górnym końcem przez kąt ust na zewnątrz. W ten sposób zastąpiono niedogodne oświetlenie zapomocą lusterka krtaniowego, oświetleniem bezpośredniem, kierowanem do wnętrza rury zapomocą lampy czołowej lub reflektora czołowego.

Inni autorowie jak Killian, Kussmaul i Müller posługiwali się lampą endoskopijną Desormeaux, której zasada oświetlenia zapomocą lampy, lusterka pod kątem ponad nią ustawionego i soczewki skupiającej znalazła od roku 1853 szerokie zastosowanie w uretroskopji.

Zasługa licznych i cennych badań ezofagoskopowych oraz wydobywania ciał obcych z przełyku na drodze ezofagoskopji należy

*) Wygłoszony jako referat programowy w sekcji Otolaryngologicznej XIII Zjazdu Przyrodników i Lekarzy we wrześniu 1929 r. w Wilnie.

do Mikulicza. W r. 1881 opracował on najważniejsze dane z zakresu anatomji, fizjologji i patologji przełyku. Mikulicz używał do ezofagoskopji długich sztywnych rur, oświetlanych z zewnątrz, zapomocą przyrządu zwanego panelektroskopem Leitera. Zasada ezofagoskopji Mikulicza to jest zasada bezpośredniego oświetlania przełyku, rozszerzonego zapomocą metalowej prostej rury, utrzymała się do dziś niezmieniona w zastosowaniu do ezofagoskopji.

## II. System ezofagoskopów,

Dziś mamy w zastosowaniu różne systemy ezofagoskopów, które możemy podzielić na trzy grupy. Pierwszą grupę stanowią ezofagoskopy z zatyczką, które wprowadza się do przełyku na ślepo pod kierunkiem czucia i oświetla się je albo zapomocą lampy czołowej (Guisez), albo też zapomocą lampki ponad rurą umieszczonej (Starck i Węgłowski) lecz już po wprowadzeniu do przełyku.

Drugą grupę stanowią ezofagoskopy, które od początku do końca ezofagoskopji prowadzi się pod kierunkiem wzroku. Są one oświetlone zapomocą lampki przytwierdzonęj do rękojeści i umieszczonej ponad rurą, której światło jest skupione zapomocą soczewki i odbite zapomocą lusterka do wnętrza rury ezofagoskopowej. Oświetlony w ten sposób ezofagoskop, wprowadzamy pod kierunkiem wzroku przez jamę ustną, gardłową i odchylając nagłośnię ku przodowi wysuwamy koniec rury poza chrząstki nalewkowe do dolnego odcinka jamy gardłowej, gdzie, pokonując opór pierwszej cieśni przełykowej na wysokości chrząstki pierścieniowej, wchodzimy do światła właściwego przełyku poniżej przebiegającego. Do tej grupy ezofagoskopów należy ezofagoskop Brüningsa, Kahler-Leitera i modyfikacje tych systemów. Rury główne ezofagoskopu Brüningsa i Kahler-Leitera mają najwyżej 25 cm długości. Możemy je jednak przedłużyć przez wprowadzenie rury przedłużającej, wysuwanej przez rurę główną do 45 cm, co nam pozwala przejrzeć całą długość światła przełyku.

Trzecią grupę stanowią ezofagoskopy z oświetleniem wewnątrz rury umieszczonem a mianowicie na jej końcu. Ten system oświetlenia wprowadzony przez amerykańskiego autora Jackson'a Chevalier z Filadelfji był do lat ostatnich używany jedynie w Ameryce. W ostatnich zaś latach dzięki pokazom, które urządzał Jackson Chevalier na międzynarodowych kursach w Paryżu dla otolaryngologów, zyskuje ezofagoskop jego coraz więcej zwolenników w Eu-

ropie. Świadczą o tem modyfikacje francuskich autorów (Hautant, Bourgeois) wprowadzone do systemu ezofagoskopu Jacksona Chevalier i zmierzające do wprowadzenia podwójnego oświetlenia a więc wewnętrznego i zewnętrznego, które mogą być równocześnie i niezależnie od siebie stosowane w jednym ezofagoskopie. Rury ezofagoskopu Jacksona Chevalier są jednolite dwu długości do 20 cm i 40 cm bez rur przedłużających.

Możnaby jeszcze wspomnieć o ezofagoskopie zbudowanym na zasadzie cystoskopu a więc oświetlonym zapomocą lampki na końcu umieszczonej i prysmatu (jak to podał Sternberg), który ze względu na skomplikowane oświetlenie i niemożność bezpośredniego wykonywania zabiegów wewnątrz rury ezofagoskopowej nie zyskuje szerszego zastosowania.

Trudną rzeczą jest ocenić, który z wyżej opisanych ezofagoskopów najlepiej odpowiada swemu zadaniu, gdyż żaden z nich nie jest tak doskonałym, by nam pozwolił z łatwością i bez wielkiej wprawy każdą ezofagoskopję wykonać. Dlatego też na pierwszy plan w wykonaniu ezofagoskopji wysuwa się osobista wprawa i zręczność operatora, który, posługując się tym lub innym ezofagoskopem, doprowadza do właściwego rozpoznania lub zabiegu ezofagoskopowego. Stąd też różni autorowie oświadczają się za tym lub innym systemem ezofagoskopu, uważając go za najlepszy. Wielką rolę gra przyzwyczajenie się do danego ezofagoskopu i dojście do pewnej wprawy w posługiwaniu się nim, z czego niechętnie się rezygnuje, gdy chodzi o przyzwyczajenie się do innego systemu.

W Klinice Otolaryngologicznej Lwowskiej posługujemy się najczęściej ezofagoskopem Brüningsa, rzadziej zaś ezofagoskopem Kahler-Leitera i ostatnio ezofagoskopem Jacksona Chevalier. W ezofagoskopie Brüningsa mamy według naszego doświadczenia najlepsze oświetlenie z wszystkich ezofagoskopów, oświetlanych z zewnątrz, lecz tylko w rurach szerokich używanych u dorosłych. Oświetlenie rur wąskich zarówno w ezofagoskopie Brüningsa jak Kahler-Leitera jest niedostateczne nawet dla celów djagnostyki a tem bardziej do wydobywania ciał obcych u dzieci. Po wprowadzeniu szczypczyków do wąskiej rury ezofagoskopowej staje się oświetlenie pola widzenia jeszcze słabsze, skutkiem zwężenia światła rury przez wprowadzone szczypczyki. Wówczas mniej światła wchodzi do rury, które przed ich wprowadzeniem było wyraźnie widoczne; utrudnia to oczywista rzecz wykonanie zabiegu.

Znacznie lepsze oświetlenie mamy w wąskich rurach ezafagoskopu Jacksona Chevalier, w którym mała lampeczka, wprowadzona na cienkiej nasadce długości rury oświetla jasno światło rury. Oświetlenie to nie słabnie, mimo wprowadzenia szczypczyków do wnętrza rury. Czynnik ten w wąskich rurach, któremi zmuszeni jesteśmy posługiwać się u dzieci, odgrywa pierwszorzędną rolę. Z tego też powodu zaczynają francuscy autorowie posługiwać się ezofagoskopem z podwójnem oświetleniem a mianowicie zewnętrznem i wewnętrznem (Hautant, Bourgeois). Ten też system ezofagoskopu z podwójnem oświetleniem a mianowicie zewnętrznem do djagnostyki a wewnętrznem do zabiegów powinien zająć w przyszłości naczelne miejsce.

Są jeszcze w użyciu ezofagoskopy, które się wprowadza z zatyczką tylko pod kierunkiem czucia. Dopiero po wprowadzeniu i wyjęciu zatyczki oświetla się wnętrze rury ezofagoskopu. Autorowie (Guizez, Starck, Węgłowski i inni), którzy się tym systemem posługują, tłumaczą dogodność jego tem, że się nie powoduje obrażeń śluzówki przy wprowadzeniu. Jeśliby nawet tak było, to nie uważam tego powodu za wystarczający w porównaniu z tem, co przeciw temu przemawia. Wprowadzając ezofagoskop na ślepo, choćby tylko do początku przełyku, możemy łatwo przesunąć koniec rury przez to miejsce, które jest celem naszej ezofagoskopji. Przechodząc bowiem rurą ezofagoskopu obok ciała obcego możemy więcej je wklinować i przynieść szkodę choremu lub utrudnić następowe wydobywanie ciała obcego. Ponadto wiemy z doświadczenia, że wprowadzając ezofagoskop bez zatyczki pod kierunkiem wzroku, jak to ma miejsce przy użyciu systemów Brüningsa, Kahler-Leitera, Jacksona Chevalier, możemy uniknąć z łatwością obrażeń sluzówki w przypadkach ezofagoskopowanych; jeśli zaś nawet wyjątkowo powstanie obrażenie, to jest ono powierzchowne i niemające żadnego klinicznego znaczenia; nie spostrzegliśmy powikłań, które możnaby odnieść do obrażenia śluzówki ezofagoskopem. Ezofagoskopję powinniśmy wykonywać od początku do końca pod kierunkiem wzroku i zobaczyć dolny odcinek jamy gardłowej, wejście do przełyku i górny odcinek przełyku, gdzie często ciała obce się zatrzymują. Nie możemy tego uskutecznić przy wprowadzaniu ezofagoskopu z zatyczką, lecz dopiero przy wydobywaniu rury ezofagoskopu, co nie w każdym przypadku jest obojętne.

Jak wiadomo wszyscy autorowie używają do ezofagoskopji jednolitych sztywnych metalowych rur, które różnią się jedynie dłu-

gością, kształtem przekroju, gdyż jedne są owalne, inne zaś okrągłe. Starck, Guisez, Jackson Chevalier i inni posługują się rurami jednolitemi przeważnie dwu długości zależnie od odległości miejsca schorzenia przełyku, najczęściej zaś do 30 cm i 45 cm. Zapomocą pierwszych osiągają górny odcinek przełyku, zapomocą zaś drugich dolny odcinek aż do wpustu. O tem, którą z tych dwu długości wybrać dla danego przypadku decydują inne badania pomocnicze jak zgłębnikowanie lub zdjęcie rentgenowskie po podaniu płynu kontrastowego, które ma ustalić w przybliżeniu odległość miejsca schorzenia przełyku. Rury długie są niedogodne do wprowadzenia, w czasie którego musimy pokonywać dość duży opór języka i pierwszej cieśni przełyku. Jackson Chevalier unika tego w ten sposób, że wprowadza najpierw szpatułkę, zapomocą której uciska język i odciąga nagłośnię ku przodowi a następnie po szpatułce wprowadza rurę ezofagoskopu. Jak widzimy więc posługiwanie się rurami długiemi jest niedogodne do wprowadzenia.

Inni autorowie jak Brünings i Kahler wprowadzają rury główne długości od 12—28 cm, zapomocą których osiągają górny odcinek przełyku. O ile zachodzi potrzeba zbadania dalszego odcinka przełyku, wówczas wprowadzają przez rury główne bez wydobywania ich na zewnątrz rury, przedłużające rurę zasadniczą do 40 i więcej centymetrów. Jakkolwiek ten system rur jest bardzo dogodny do wprowadzania, to jednak ma znów tę niedogodność, że światło rur przedłużających jest węższe o 2 mm od światła rur głównych. Stanowi to również pewną niedogodność, ponieważ w rurach przedłużeniowych mamy mniejsze pole widzenia, słabsze oświetlenie, mniejszą przestrzeń dla wprowadzania przyrządów operacyjnych. Odgrywa to wielką rolę przedewszystkiem w rurach wąskich, któremi zmuszeni jesteśmy posługiwać się u dzieci. Z tego względu powinniśmy posługiwać się u dzieci rurami bez przedłużeń.

Nie mamy też jednolitego zapatrywania u różnych autorów na to, jakie ma być zakończenie rur ezofagoskopu. W tym celu jedni wprowadzają zatyczkę do rury ezofagoskopu, która wystaje z niej na zewnątrz. Inni autorowie, którzy posługują się rurami bez zatyczek, kładą nacisk na kształt ściętego końca rury, której brzegi powinny być dobrze wygładzone i zaokrąglone, by przez to można było uniknąć zdarcia śluzówki, które się zdarza najczęściej na tylnej ścianie wejścia do przełyku. Jackson Chevalier nadał rurom swego ezofagoskopu koniec ścięty z zaokrąglonemi brzegami, który łatwiej przechodzi przez wejście do cieśni przełykowych i nie powoduje obra-

żeń śluzówki. Haslinger wprowadził w ezofagoskopie Kahler-Leitera duże ścięcie i zaokrąglenie brzegów końca rur również w celu uniknięcia obrażeń śluzówki.

## III. Pozycja chorego w czasie ezofagoskopji.

Pozycja chorego w czasie ezofagoskopji może w wielkiej mierze ułatwić lub utrudnić wykonanie ezofagoskopji. Znamy dotychczas kilka pozycyj chorego, podanych przez różnych autorów jako najdogodniejsze do ezofagoskopji. Naibardziej typowe są nastąpujące:

1) siedząca w krzesełku Brüningsa,
2) leżąca na boku,
3) siedząca na krześle jak na koniu (Mouret),
4) leżąca na grzbiecie,
5) leżąca na brzuchu, podana przez Schukoffa w r. 1924.

Wybór pozycji chorego zależy od systemu ezofagoskopu, którym się posługujemy. Pozycja chorego siedząca zarówno Brüningsa jak Mouret'a nie są dogodne z tego powodu, że ślina ścieka do gardła i krtani i wywołuje kaszel, skutkiem czego jesteśmy nieraz zmuszeni ezofagoskopję przerwać. Ponadto możliwość ruchów chorego tułowiem w pozycji siedzącej utrudnia również ezofagoskopję. Pozycja chorego na grzbiecie, stosowana dziś przez większość autorów, jest dla chorego nurzącą, gdy zabieg trwa dłużej, ponieważ głowa chorego zwisa ku tyłowi. Pozycja ta jest także dla operatora nużącą, zwłaszcza o ile posługuje się ezofagoskopem Brüningsa. Trzymanie bowiem ezofagoskopu staje się po kilkunastu minutach tak nużące, że ręka operatora omdlewa. Pozycja ta nadaje się już więcej do ezofagoskopu Kahler-Leitera, w którym rączka daje się przestawić prostopadle do rury.

Mimo tych niedogodności jesteśmy zmuszeni wykonywać ezofagoskopję w tej pozycji u dzieci, gdy stosujemy uśpienie ogólne, u kobiet ciężarnych i u osobników z krótką szyją, u których niekiedy nie możemy zastosować pozycji leżącej na brzuchu. Jeśli więc wykonujemy ezofagoskopję w pozycji chorego na grzbiecie, to należy głowę ułożyć tak, by była przechylona silnie ku tyłowi przez wałek, umieszczony pod karkiem, a tył głowy opierał się na łukowato ku dołowi przegiętej krawędzi stołu. Stosując to ułożenie chorego do ezofagoskopji unikamy bezwzględnie zwisania głowy chorego ku tyłowi, które jest przykre i powoduje silne pociąganie krtani ku tyłowi i ścisłe jej przyleganie do kręgosłupa. Skutkiem tego, wprowadzając ezofago-

skop poza krtań, musimy użyć większego ucisku na odciąganie krtani ku przodowi. Ucisk ten odczuwają chorzy jako tępy ból, który jest w tem położeniu dotkliwszy, niż np. w położeniu na brzuchu.

Pozycję chorego na boku uważamy do ezofagoskopji za niedogodną dla operatora, który musi być przechylony na jedną stronę.

W Klinice otolaryngologicznej lwowskiei wykonujemy ezofagoskopję w ostatnich pięciu latach w pozycji Schukoffa, której dogodność podkreślałem już w pracy ogłoszonej w roku 1925, r. P. G. L. wypróbowanej jednak wówczas tylko na kilkunastu przypadkach. Dogodność jej podkreśla również Szmurło w pracy ogłoszonej w Pol. Przeglądzie Otolaryng. w roku 1928. Obecnie po 5-letniem stosowaniu tej pozycji chorego do ezofagoskopji uważamy ją za najdogodniejszą



Pozycja do ezofagoskopji, leżąca na brzuchu, którą posługujemy się od r. 1924.

ze wszystkich wyżej opisanych. Dlatego też podaję w krótkości jej opis. Układamy chorego na długim stole operacyjnym, wysokim na 80 cm. na brzuchu w ten sposób, że się opiera na swych w łokciach zgiętych ramionach; głowa chorego jest wyciągnięta ku przodowi i podniesiona do góry. Stojący z lewej strony chorego pomocnik pod-

trzymuje głowę za czoło. Chory przytrzymuje język swój, wyciągnięty przed zębami. Ślina ścieka przez kąty ust do tacki, umieszczonej pod brodą. Operator siada naprzeciw chorego na krzesełku do wykręcania, by mógł się podnieść lub obniżyć stosownie do wysokości leżącego na stole chorego. Stół jest również do podnoszenia, by można wysokość leżącego chorego obniżać lub podwyższać (p. rycinę).

W tem poziomem ułożeniu chorego na brzuchu z wyciągniętą głową ku przodowi ustawia się jama ustna w przedłużeniu przełyku. Ustawienie ezofagoskopu w stosunku do chorego jest takie same jak w pozycji siedzącej. Trzymanie ezofagoskopu nie jest tak nużące, ani dla operatora, ani dla chorego. Nie występuje też tak częste ksztuszenie się śliną jak w innych ułożeniach chorego, ponieważ ślina wycieka przez kąty ust na zewnątrz. Ułożenie to nie nadaje się jednak do ezofagoskopji u dzieci, u których wykonujemy ezofagoskopję bez znieczulenia lub też w uśpieniu ogólnem, o ile chodzi o dzieci starsze. Ułożenie na brzuchu nie nadaje się też do stosowania u ciężarnych kobiet i wyjątkowo tylko u osobników z krótką szyją, grubą i nie dającą się przeginać ku tyłowi, u których wówczas próbujemy wykonać ezofagoskopję na grzbiecie.

## IV, Znieczulenie do ezofagoskopji.

U dorosłych wykonujemy ezofagoskopję zawsze tylko w znieczuleniu miejscowem; i nigdy nie byliśmy zmuszeni stosować uśpienie ogólne. Dobre znieczulenie miejscowe jest ważnym czynnikiem w wykonaniu ezofagoskopji, ponieważ od znieczulenia zależy spokojne i systematyczne wykonanie ezofagoskopji a więc także postawienie właściwego rozpoznania i skuteczne wykonanie zabiegu operacyjnego. Chory źle znieczulony zachowuje się niespokojnie i nie może opanować swych odruchów, przez co utrudnia nam i przedłuża ezofagoskopję. Wykonujemy znieczulenie w następujący sposób. Najpierw wstrzykujemy podskórnie morfinę (0,01) z atropiną (0,001). Morfina ma na celu ogólne uspokojenie chorego oraz wsparcie znieczulenia miejscowego, atropina zaś ograniczenie wydzielania się śliny. Następnie pendzlujemy roztworem wodnym kokainy 10% z dodatkiem kilku kropel adrenaliny śluzówkę podniebienia, języka, jamy gardłowej, nagłośni, chrząstek nalewkowych i wejścia do krtani. Pendzlujemy z przerwami 2—3 minutowemi, by uniknąć zbyt szybkiego wchłaniania i ewentualnego zatrucia. Kilkakrotne pendzlowanie wystarcza w zupełności do znieczulenia wspomnianych odcinków. Sluzówki

przełyku znieczulać nie potrzebujemy, ponieważ jest ona naogół mało wrażliwa a połykanie śliny z jamy gardłowej w czasie znieczulania przyczynia się jeszcze do zmniejszenia jej wrażliwości. Pomiędzy poszczególnemi pędzlowaniami każemy choremu odpluć nadmiar śliny z gardła, by uniknąć przynajmniej w części dostawania się kokainy do żołądka. W ten sposób uzyskujemy po 10 — 15 minutach dobre znieczulenie i unikamy zatrucia. Nie używamy też nigdy silniejszych roztworów kokainy jak 10%.

U dzieci małych do lat 3-ch a nawet 4-ch wykonujemy w ostatnich latach ezofagoskopję bez znieczulenia miejscowego i bez uśpienia. Odpowiednio wyszkolony personel pomocniczy przytrzymuje dziecko w pozycji leżącej na grzbiecie. W ten sposób udało się nam w kilku przypadkach wydobyć ciała obce z przełyku. Uśpienia ogólnego nie stosujemy w tych przypadkach z tego powodu, że w uśpieniu występuje większe ślinienie a prócz tego łatwiej występuje duszność wskutek ucisku na tchawicę przez ezofagoskop. Ponadto powikłania płucne po zabiegu wykonanym w uśpieniu ogólnem mogą łatwiej wystąpić. U dzieci starszych zmuszeni jesteśmy podawać narkozę, gdyż są one zazwyczaj niespokojne i trudne do przytrzymania; stosujemy zwykle uśpienie eterowe. Zauważyć należy, że eter powoduje zwiększenie śliny, co utrudnia do pewnego stopnia i przedłuża sam zabieg.

## V. Wskazania do ezofagoskopji i przeciwwskazania.

Wskazania do wykonania ezofagoskopji dają nam przedewszystkiem wywiady, które nas naprowadzają na to, że w przełyku jest jakiś stan chorobowy, który sprawia choremu ból przy łykaniu śliny lub pokarmów, albo też stanowi przeszkodę w połykaniu. Ból przy połykaniu ma zwyczajnie charakter bólu kłującego, który może promieniować ku górze w kierunku gardła i uszu, lub też ku tyłowi w kierunku kręgosłupa. Chorzy umiejscawiają ból zwyczajnie znacznie wyżej od miejsca schorzenia przełyku. Niekiedy wskazują okolicę mostka jako miejsce bólu, występującego samoistnie lub przy połykaniu.

Drugim objawem, na który chorzy się skarżą, jest niemożność połykania pokarmów stałych a nawet płynnych; połknięte pokarmy chorzy zwracają lub też z trudnością a więc przy pomocy kilku ruchów połykowych starają się przesunąć do żołądka. Z utrudnienia

połykania wynika też gromadzenie się śliny ponad wejściem do przełyku, głównie w zatokach gruszkowatych. Oprócz tych objawów miejscowych objawy ogólne, jak wycieńczenie ogólne skutkiem niemożności odżywiania się lub podniesienie ciepłoty skutkiem ropnego stanu zapalnego i t. p. mogą ułatwić i ustalić wskazania do ezofagoskopji.

Przeciwwskazanie do wykonania ezofagoskopji stanowią daleko posunięte stany wycieńczenia ogólnego, miażdżyca tętnic wysokiego stopnia, ciężka wada serca, niektóre choroby zakaźne, dające osłabienie mięśnia sercowego lub wysoką ciepłotę, tętniak tętnicy głównej oraz wszystkie stany chorobowe, powodujące bardzo znaczną duszność, która może w czasie ezofagoskopji tak się potęgować, że zagraża bezpośrednio życiu chorego. Przeciwwskazania te mogą być względne, o ile chodzi o przypadki ciał obcych w przełyku, w których musimy dążyć do wydobycia ciała obcego, nawet mimo obecności schorzeń, któreśmy wymienili. Naturalnie, że w wielu wypadkach zmuszeni jesteśmy kierować się doświadczeniem i stanem ogólnym chorego, który może być chwilowo bardzo ciężki i nie pozwala nam na wykonanie ezofagoskopji, a po kilku lub kilkunastu godzinach lub dniach może się poprawić i wówczas bez większych trudności zabieg ten uda nam się wykonać bez szkody dla zdrowia chorego.

Mimo znieczulenia dokładnego jest ezofagoskopja dla chorego zabiegiem nieprzyjemnym i męczącym z powodu ucisku na sąsiednie narządy około przełyku się znajdujące; oczywista rzecz indywidualna wrażliwość odgrywa tutaj dużą rolę. Nie spotkaliśmy dotąd przypadku, by nie można było wykonać ezofagoskopji, pomimo, że była ona bezwzględnie wskazana, np. w przypadku ciała obcego w przełyku. Ucisk rury ezofagoskopowej na tchawicę lub na krtań może zwiększyć nieco duszność w tych przypadkach, w których ona istniała już przed ezofagoskopją. Wówczas albo przyśpieszamy jej wykonanie, albo też przerywamy i zależnie od stanu chorego możemy ją powtórzyć lub nie.

Bardzo pomocną w określaniu wskazań i przeciwwskazań do wykonania ezofagoskopji jest rentgenoskopja i rentgenografja przełyku. Na podstawie bowiem obrazu rentgenologicznego jesteśmy w możności w wielu przypadkach określić drożność przełyku po podaniu płynów kontrastowych. Ponadto przy pomocy tego sposobu możemy oznaczyć miejsce w stosunku do sąsiednich narządów. Zapomocą rentgenografji jesteśmy w możności wykazać ciała obce metalowe jak monety, guziki, igły, agrafki, gwoździe i t. p., niekiedy

nawet kości i sztuczne szczęki; ciała obce przezroczyste dla promieni Roentgena łatwiej udaje się stwierdzić po podaniu płynów kontrastowych.

Stąd też wynika jasno wniosek: że powinniśmy w każdym przypadku przed wykonaniem ezofagoskopji wykonać badanie rentgenologiczne, które w wielu przypadkach w czasie ezofagoskopji ułatwi orjentację i określi bliżej wskazanie do ezofagoskopji. Z drugiej zaś strony nie możemy polegać na samem tylko badaniu rentgenologicznem, gdyż ezofagoskopja uzupełnia je i stawia właściwe rozpoznanie schorzenia przełyku. Te dwie metody badania schorzeń przełyku, uzupełniające się wzajemnie, prowadzą do rozpoznania i właściwego leczenia schorzeń przełyku. Zgłębnikowanie utraciło zupełnie swoje dawne znaczenie w djagnostyce chorób przełyku, a utrzymuje się jedynie w leczeniu bliznowatych zwężeń przełyku, których systematyczne rozszerzanie zapomocą giętkich zgłębników zmuszeni jesteśmy przez szereg miesięcy stosować. Nie powinniśmy też stosować zgłębnikowania przed ezofagoskopją w celu określenia wysokości, względnie odległości, w której znajduje się zwężenie lub ciało obce jak to niektórzy autorowie czynią przed wprowadzeniem ezofagoskopu. Takie zgłębnikowanie może bowiem przynieść szkodę choremu przez to, że może spowodować większe wklinowanie ciała obcego lub przebicie ściany przełyku w przypadkach nowotworów, uchyłków lub stanów zapalnych przełyku.

Przed przystąpieniem do ezofagoskopji musimy zbadać dokładnie jamę gardłową, zarówno jej część środkową, jakoteż dolną. W lusterku krtaniowem oglądamy dokładnie dolny odcinek jamy gardłowej, wejście do przełyku, zatoki gruszkowate i krtań. O ile w zatokach gruszkowatych znajdujemy nagromadzoną ślinę, świadczy to o tem, że mamy do czynienia ze sprawą chorobową, która powoduje utrudnienie w połykaniu z powodu bólu lub też z powodu mechanicznego zwężenia światła przełyku.

Po znieczuleniu jamy gardłowej możemy odciągnąć zapomocą zgłębnika krtaniowego krtań ku przodowi i zbadać w lusterku krtaniowem najniżej położoną część gardła, poza chrząstkami nalewkowemi się znajdującą, czyli wykonać t. zw. hypopharyngoskopję, podaną przez E i c k e n a.

Po uwzględnieniu więc wyżej przytoczonych wskazań i przeciwwskazań oraz po wykonaniu badania jamy gardłowej, krtani i wejścia do przełyku oraz badania rentgenologicznego przełyku przystępujemy do wykonania ezofagoskopji. Przystępując do ezofagoskopji, powin-

niśmy mieć wszystkie potrzebne przyrządy ułożone na stoliku po lewej stronie operatora, które odpowiednio wyszkolony pomocnik podaje. Przyrządy powinny być przejrzane i sprawdzone przed ezofagoskopją. Oprócz rur ezofagoskopu, szczypczyków operacyjnych, wacików do oczyszczania pola widzenia, pompki do usuwania śluzu, zgłębników różnej długości, powinniśmy mieć przygotowaną lampkę zapasową i podwójne szczypczyki operacyjne tępe i ostre, by w razie niedomykania się jednych, można zamienić na inne. Pomoc musi być odpowiednio wyszkolona i w dostatecznej ilości; tylko wtedy ezofagoskopja może być wykonana możliwie szybko. Wykonując ezofagoskopję musimy pamiętać o pewnych cechach, dotyczących budowy anatomicznej przełyku i jego przebiegu. Tuż za chrząstkami nalewkowemi znajdująca się część jamy gardłowej jest zamknięta przez zwieracze gardła i stanowi t. zw. wejście do przełyku albo jak niektórzy nazywają usta przełyku, sięgające aż do dolnego brzegu chrząstki pierścieniowej, gdzie zaczyna się właściwy przełyk. U wejścia do przełyku natrafiamy na pierwszą cień, która znajduje się na wysokosci chrząstki pierścieniowej, przylegającej do kręgosłupa. Po odciągnięciu języka wraz z nagłośnią ku przodowi, przechodzimy końcem rury poza chrząstki nalewkowe i natrafiamy na opór pierwszej cieśni, który lekkim, stopniowo wywieranym naciskiem pokonujemy To miejsce jest też jedynym stałym, niedającym się przesunąć odcinkiem. Poniżej przełyk przedstawia się nam w kształcie poprzecznej szczeliny, która po przejściu kilku centymetrów górnego odcinka przełyku, ustępuje miejsca promienisto i zbieżnie pofałdowanej szczelinie i otwierającej się przy wdechu, a zamykającej się przy wydechu. W czasie wdechu widzimy nieraz otwarte światło przełyku na przestrzeni kilkunastu centymetrów poniżej. Poza pierwszą cieśnią jest przełyk bardzo znacznie rozszerzalny i przesuwalny prócz trzech dalszych cieśni naturalnych, a mianowicie na wysokości krzyżowania się z lewem oskrzelem, w miejscu przejścia przez przeponę i we wpuście (cardia) do żołądka. Miejsca te powinniśmy szczególnie dokładnie zbadać, gdyż w nich częściej zatrzymują się ciała obce lub umiejscawiają się procesy chorobowe.

## V. Podział schorzeń przełyku stanowiących przedmiot badania ezofagoskopowego.

Wśród przypadków stanowiących przedmiot ezofagoskopji możemy odróżnić dwie grupy. Pierwszą stanowią schorzenia w samym przełyku się toczące, drugą zaś schorzenia narządów zewnątrz prze-

łyku się znajdujących, które bądźto przechodzą na przełyk, bądźteż wywierają na niego ucisk, powodujący zwężenie jego światła.

Do pierwszej grupy zaliczamy następujące schorzenia:

1. Ostre i przewlekłe stany zapalne śluzówki lub ściany przełyku,
2. Bliznowate zwężenia przełyku, powstałe skutkiem wypicia żrących płynów,
3. Zwężenie przełyku, wywołane przez toniczny skurcz mięśni gładkich przełyku,
4. Uchyłki przełyku samoistne i powstałe ponad zwężeniami,
5. Nowotwory przełyku,
6. Ciała obce przełyku.

Do drugiej grupy należą zwężenia przełyku, wywołane przez tętniak aorty, nowotwory śródpiersia, schorzenia kręgosłupa, schorzenia krtani i tchawicy i innych narządów w sąsiedztwie przełyku się znajdujących.

Omówimy kolejno schorzenia w pierwszej grupie wymienione.

## 1. Ostre i przewlekłe stany zapalne przełyku.

Ostry stan zapalny śluzówki przełyku najczęściej wywołany jest przez wypicie ostrych drażniących śluzówkę płynów. Charakteryzuje się on w obrazie ezofagoskopowym silnem przekrwieniem śluzówki i niekiedy nawet lekkim obrzękiem. W przypadkach cięższych może przyjść do obumarcia śluzówki, co przedstawia się w obrazie ezofagoskopowym w postaci nalotów szarych lub nawet owrzodzeń, które mogą dać następowo ściągające blizny. Ostry stan zapalny ścian przełyku może być również wywołany przez ciało obce, które tkwi w przełyku. Wówczas możemy mieć silny obrzęk śluzówki z zaczerwienieniem i łatwem krwawieniem za dotykiem rury lub oczyszczającego śluzówkę wacika. Sluzówka bowiem jest pokryta wówczas śluzowo-ropną wydzieliną, gromadzącą się w polu naszego widzenia.

Ostry stan zapalny ścian przełyku cofa się zwyczajnie samoistnie, o ile ustępuje przyczyna, która go wywołuje. Nie potrzebujemy więc stosować specjalnego leczenia miejscowego. O ile sprawa zapalna drąży głębiej w ściany przełyku, może po wygojeniu wytworzyć się zwężenie przełyku wskutek powstałej blizny; sprawa zapalna z przełyku może przejść na sąsiednie narządy, wywołując w ten sposób nieraz groźne powikłania. Przewlekły stan zapalny ściany

przełyku występuje u alkoholików lub w przypadkach ze zwężeniami przełyku, w których zalegające pokarmy powodują stałe drażnienie śluzówki przełyku, wywołując tem samem przewlekły stan zapalny śluzówki. W ezofagoskopji widzimy wówczas śluzówkę przekrwioną, rozpulchnioną i nieposiadającą połysku z rozszerzonemi naczyniami i złuszczeniami nabłonka. Oprócz dążenia do usunięcia przyczyny powodującej ten stan zapalny możemy stosować leczenie miejscowe w postaci pędzlowań śluzówki zapomocą słabego roztworu azotanu srebra lub siarczanu cynku. Gruźlica i kiła przełyku występuje ogromnie rzadko a tem samem wyjątkowo tylko można widzieć w czasie ezofagoskopji. Obraz owrzodzeń gruźliczych nie różni się podobnie jak obraz rozpadającego się kilaka od takichże zmian w jamie ustnej lub gardłowej. O rozpoznaniu rozstrzyga badanie drobnowidowe wziętego wycinka lub badanie krwi na odczyn Wassermana.

## 2. Bliznowate zwężenie przełyku.

Bliznowate zwężenie światła przełyku powstaje najczęściej skutkiem uszkodzenia ściany przełyku po wypiciu żrących płynów (kwasów lub ługów). Uszkodzenie to przedstawia się jako martwica powierzchownych a niekiedy i głębszych warstw ściany przełyku, dająca w następstwie owrzodzenie. Owrzodzenia te nieraz bardzo rozległe, pozostawiają po wygojeniu się ściągające blizny, które zwężają światło przełyku nieraz do tego stopnia, że płynne pokarmy z trudnością wąskiem pasemkiem przechodzą do żołądka: niekiedy nawet występuje całkowite zamknięcie światła przełyku przez wytworzoną bliznę. Przypadki te przychodzą często do ezofagoskopji dopiero po upływie kilku miesięcy od uszkodzenia, gdyż bliznowacenie, ściąganie i zwężanie się światła przełyku występuje powoli w ciągu tygodni i miesięcy, chorzy po przejściu pierwszych ostrych objawów początkowo nie doznają utrudnienia w połykaniu. W świeżych przypadkach oparzenia śluzówki przełyku nie wykonujemy ezofagoskopji, by nie powodować głębszych obrażeń lub nawet przedarcia ściany przełyku. Natomiast ostrożne stosowanie zgłębnikowania zapomocą giętkich i elastycznych zgłębników rozpoczynamy zwyczajnie już po dwu tygodniach, niektórzy radzą robić zgłębnikowanie już po kilku dniach. Zgłębnikowanie przełyku powinniśmy wykonywać bardzo ostrożnie nawet w przypadkach, w których od uszkodzenia upłynęło kilka miesięcy, gdyż zgłębnik łatwo gubi się w wytworzonych skutkiem blizn fałdach śluzówki, a używając większej siły możemy łatwo

przedziurawić ścianę przełyku. Dlatego też w każdym przypadku bliznowatego zwężenia przełyku powinniśmy wykonać od czasu do czasu ezofagoskopję, by się naocznie przekonać, jakiego stopnia jest zwężenie i gdzie się znajduje otwór, prowadzący do światła miejsca zwężonego. Często jesteśmy zmuszeni wykonywać ezofagoskopję w przypadkach bliznowatych zwężeń, gdyż tylko pod kierunkiem wzroku jesteśmy w stanie wprowadzić zgłębnik. Niekiedy większy kęs połkniętego pokarmu zatka otwór i uniemożliwia choremu całkowicie odżywianie się. W ezofagoskopji udaje się nam zatykające kawałki pokarmu usunąć i zwężone miejsca rozszerzyć zapomocą wprowadzonego zgłębnika.

Leczenie bliznowatych zwężeń przełyku zapomocą zgłębników trwa bardzo długo, bo miesiące i lata. W przypadkach ciężkich, w których tylko małe ilości płynów przechodzą z trudnością i rozszerzenie zapomocą zgłębników nie daje się przeprowadzać, zmuszeni jesteśmy kierować chorych do operacyjnego utworzenia przetoki żołądkowej i następowego odżywiania chorych tą drogą.

### 3. Zwężenie przełyku, wywołane przez toniczny skurcz mięśni gładkich przełyku.

W przypadkach tonicznego skurczu przełyku t. z. oesophagospasmus lub cardiospasmus uzyskiwaliśmy u wygłodzonych nieraz osobników dobry skutek po wprowadzeniu ezofagoskopu i przez jego światło zgłębników, które pozostawały kilkanaście minut. Równocześnie mogliśmy stwierdzić, że przyczyną niemożności przełykania nie były zmiany anatomiczne, lecz skurcz przełyku nieraz z trudnością dający się pokonać. Ezofagoskopja jest w tych przypadkach jedyną metodą rozpoznania różniczkowego od nowotworu.

### 4. Uchyłki przełyku.

Uchyłki przełyku wytwarzają się często skutkiem zalegania połkniętych pokarmów ponad zwężeniami i rozciągania ściany przełyku. Zwyczajnie ponad każdem zwężeniem przełyku wytwarza się rozszerzenie odcinka powyżej położonego. Rozszerzenie to może osiągać różne stopnie nasilenia i osiągać niekiedy znaczne rozmiary. Wytwarzają się wówczas ponad zwężeniami workowate rozszerzenia światła przełyku, które mogą mieścić w sobie większą ilość pokarmu. Niekiedy wytwarzają się workowate wypuklenia ściany przełyku w kształcie właściwego uchyłka, który najpierw się wypełnia połknię-

temi pokarmami, a tylko mała ilość pokarmu po wypełnieniu uchyłka schodzi przez zwężony przełyk do żołądka. Chorzy często pokarmy zwracają po wypełnieniu się uchyłka. Uchyłek łatwo stwierdzamy zapomocą rentgenoskopji lub rentgenografji. Uchyłki właściwe najczęściej są położone w górnym odcinku przełyku na przedniej jego ścianie; znacznie rzadziej występują uchyłki w dolnym odcinku przełyku. Ostatnio mieliśmy sposobność wykonać ezofagoskopję w przypadku uchyłka właściwego przełyku, znajdującego się w dolnym podprzeponowym odcinku przełyku; ezofagoskopja potwierdziła tutaj rozpoznanie rentgenologiczne.

Obraz ezofagoskopowy był bardzo ciekawy; w dolnym odcinku przełyku widoczne były dwa otwory, przedzielone w linji środkowej przegrodą 3—4 mm grubą, szerszy otwór znajdujący się po stronie prawej prowadził do wypełnionego treścią pokarmową uchyłka, mniejszy zaś po lewej stronie się znajdujący do żołądka.

Właściwy uchyłek Zenkera tworzy się najczęściej w górnym odcinku przełyku na wysokości chrząstki pierścieniowej na przedniej ścianie przełyku, gdyż w tem miejscu ściana przełyku jest wiotko zrośnięta z chrząstką. Rozpoznajemy go najczęściej zapomocą rentgenografji lub ezofagoskopji. W czasie ezofagoskopji trudno nieraz znaleść otwór prowadzący do przełyku, gdyż koniec rury ezofagoskopu wpada najczęściej do uchyłka. Otwór prowadzący do przełyku znajdujemy zwykle na przedniej ścianie w kształcie szczeliny poprzecznie ustawionej.

## 5. Nowotwory przełyku.

Z nowotworów przełyku najczęściej spotykamy w obrazie ezofagoskopowym raki. W bardzo wczesnym okresie rozwoju nie daje rak przełyku żadnych objawów. Później występują trudności w połykaniu, ból przy połykaniu oraz samoistnie występujący. W miarę wzrostu nowotworu występuje zwężenie światła przełyku, które może dojść nawet do całkowitego zamknięcia i doprowadzić do całkowitej niemożności połykania pokarmów nawet płynnych. Równocześnie z objawami zwężenia światła przełyku występują objawy ogólne jak: utrata na wadze i chudnięcie, które przechodzi w charłactwo i całkowity upadek sił chorego. Wszystkie statystyki potwierdzają, że rak przełyku występuje przeważnie u mężczyzn i częściej w górnym niż w dolnym odcinku przełyku. W każdym przypadku podejrzanym na raka przełyku wykonujemy prześwietlenie względnie zdjęcie rentge-

nowskie przełyku. Zapomocą rentgenografji możemy wykazać zwężenie przełyku, jego kształt i nierówności brzegów ściany. Z tych własności obrazu rentgenologicznego można często określić w przybliżeniu z jakiem schorzeniem mamy do czynienia. Dokładne rozpoznanie jesteśmy w możności postawić zapomocą ezofagoskopji. Obraz ezofagoskopowy może być różny. Najczęściej spotykamy kalafjorowaty czerwony guz, wystający do światła przełyku, który zajmuje swą podstawą znaczną część ściany przełyku; guz ten widoczny w polu widzenia krwawi łatwo za dotknięciem rur lub wacika. Z nacieku takiego łatwo możemy zapomocą szczypczyków wyciąć kawałek do badania drobnowidowego. Niekiedy przedstawia się rak przełyku w kształcie twardego wypuklenia, nie ustępującego pod uciskiem rury ezofagoskopu, pokrytego śluzówką, na pozór gładką z rozszerzonemi w niej naczyniami krwionośnemi; naciek ten rozszerza się głównie w tkance podśluzówkowej i powoduje unieruchomienie ściany przełyku. Niekiedy naciek ten rozszerza się w ścianie przełyku okrężnie, zwężając okrężnie światło przełyku; w obrazie ezofagoskopowym widzimy wówczas zwężenie światła oporne na ucisk rury; odcinek ten przełyku nie podlega ruchom oddechowym, lecz stoi nieruchomo.

Nacieki rakowe ulegają w późniejszym okresie rozpadowi i dają owrzodzenia, które są pokryte szarym nalotem i ziarniną, łatwo krwawiącą za dotykiem. Rozpad w formie owrzodzenia występuje wcześnie w przypadkach nacieków nowotworowych na powierzchni się rozwijających. Brzegi tworzących się skutkiem tego owrzodzeń są zwyczajnie silnie nacieczone, pokryte obrzękłą i przekrwioną śluzówką.

Niektórzy autorowie sprzeciwiają się wykonywaniu próbnego wycinka z nacieku nowotworowego w przełyku, ponieważ przez powstały ubytek w tkance może nastąpić zakażenie śródpiersia. Zapatrywanie to ma swoje uzasadnienie w przypadkach nacieków nowotworowych podsluzówkowych: W tych też przypadkach próbnego wycinka z nacieku zasadniczo nie bierzemy. W przypadkach zaś nacieku rakowego wystającego nad powierzchnię śluzówki w kształcie ziarniny możemy wykonać próbne wycięcie tkanki nowotworowej do zbadania drobnowidowego bez obawy powikłań. Rozpoznanie raka przełyku nie trafia na trudności, o ile mamy badania rentgenologiczne i wynik badania ezofagoskopowego.

W przypadkach głębokiego rozpadu nacieku rakowego w formie owrzodzenia może przyjść do wytworzenia się przetoki pomiędzy przełykiem a tchawicą lub oskrzelem lewem, z którem przełyk w swoim

przebiegu się krzyżuje. Wówczas płyn kontrastowy podany choremu do przełykania przechodzi pasemkiem do tchawicy względnie oskrzela i wypełnia drobne oskrzela, jak przy bronchografji. Początkowo występuje u chorych kaszel po wypiciu płynów. Z czasem jednak chorzy się do tego stanu przyzwyczajają i kaszel wprawdzie występuje lecz w znacznie słabszem nasileniu. Spostrzegaliśmy jednak taki przypadek: Mimo przechodzenia znacznej ilości połykanych płynów do tchawicy chory żył jeszcze w tym stanie około 2 miesięcy bez przetoki żołądkowej, na którą nie chciał się zgodzić. W ezofagoskopji widoczne były bańki powietrza i syczenie przeciskającego się przez przetokę powietrza wydechowego.

Leczenie raka przełyku mimo stosowania radu nie daje jak dotychczas trwałych wyników wyleczenia. O ile występują wcześnie objawy zwężenia światła przełyku i szybki spadek wagi wskazane jest założenie przetoki żołądkowej, która w znacznym stopniu przyczynia się do skuteczniejszego leczenia. Zakładanie radu uskuteczniamy na giętkim zgłębniku pod kontrolą obrazu rentgenologicznego lub też pod kontrolą oka w ezofagoskopji, zakładając tubkę z radem, zawieszoną na grubej nitce jedwabnej w miejscu nacieku nowotworowego. Nitkę wyprowadzamy na zewnątrz przez nos, i przytwierdzamy zapomocą przylepca na policzku. Leczenie radem daje często czasową poprawę, gdyż pod działaniem radu następuje częściowy rozpad nowotworu, częściowe zaś cofanie się nacieku, które w następstwie może przynieść znaczną ulgę choremu: chory po stosowaniu radu połyka po pewnym czasie znacznie lepiej, bóle samoistne i przy łykaniu również zmniejszają się; chorzy przybywają nieraz na wadze. Tuż bezpośrednio po zastosowaniu radu występuje obrzęk miejsca naświetlanego, które jednak po kilku dniach stopniowo ustępuje. Bezpośrednio po zastosowaniu radu występują większe trudności w przełykaniu i ból jest też nieco większy. Są wprawdzie opisane sporadyczne przypadki wyleczenia radem raka przełyku, których obserwacja trwała w ciągu kilku lat (Guisez), większość jednak autorów uważa wyniki poprawy stanu przedmiotowego i podmiotowego za czasowe.

Podobnie czasową poprawę daje naświetlanie promieniami Rentgena, jednak w znacznie mniejszym stopniu i mniejszej ilości przypadków.

Przed stosowaniem naświetlań radowych i rentgenowskich musimy pamiętać o tem, że w następnych dniach czy tygodniach mogą wystąpić większe trudności w połykaniu, a czasem całkowita

niemożność połykania pokarmów nawet płynnych i dlatego musimy nakłaniać chorego do uprzedniego założenia przetoki żołądkowej która w znacznej mierze ułatwi nam dalsze leczenie i utrzymanie lepszego odżywienia chorego. Niestety mało jest chorych, którzy w odpowiednim czasie zgodzą się na założenie przetoki żołądkowej.

Wprowadzenie giętkich zgłębników przełykowych w celu rozszerzenia światła daje może chwilowo możność choremu lepszego przełykania, z drugiej jednak strony sprowadza przeciągłe drażnienie i szybszy rozpad, wytwarzanie się owrzodzeń i naraża na możliwość przedziurawienia ściany przełyku i następowego zakażenia śródpiersia.

Mięsaki przełyku bardzo rzadko spotykane klinicznie nie różnią się od raka, a rozpoznać możemy je jedynie na podstawie badania wycinka drobnowidowego. Powinny one lepiej cddziaływać na energję promieniotwórczą niż raki. Wśród naszych przypadków mięsaków przełyku nie spostrzegaliśmy. Z dobrotliwych nowotworów mogą występować polipy w formie brodawczaka. Przypadek taki dotyczący chorego lat 40 mieliśmy sposobność obserwować. Skarżył się na zatrzymanie pokarmów stałych na któtki czas i następowe przechodzenie ich do żołądka. W ezofagoskopji stwierdziliśmy guz wielkości fasoli, o gładkiej powierzchni i blado różowem zabarwieniu. W wycinku, wziętym do badania drobnowidowego, wykazano budowę o charakterze dobrotliwym. Po próbnem wycięciu w kilka dni wykonana ezofagoskopja wykazała znaczne zmniejszenie się guza. Chory nie odczuwał też tych dolegliwości, na które się przedtem skarżył.

D. c. n.

---

# O torbielach nagłosniowych.

Podał Dr. med. K. SAWICZ.
Ordynator oddziału uszno-gardlanego Szpitala Pow. w Inowrocławiu.

Tworzenie się cyst, tak częste zjawisko w organizmie ludzkim, bywa wielorakie. Znaczna część torbieli powstaje wskutek pewnych nieprawidłowości w rozwoju embrjonalnym, kiedy komórki entodermy albo ektodermy zostają oddzielone od tkanki macierzystej i wtłoczone do tkanki mezoblastycznej. Wysepki komórek epiteljalnych z biegiem czasu zaczynają się rozwijać najprawdopodobniej naskutek

spraw zapalnych tkanek sąsiadujących, lub też z powodu bliżej nieznanych bodźców. Wysepka komórek ektodermy, rozwijając się tworzy cystę, tak zw. dermoidalną, we wnętrzu której znajdujemy nieraz włosy, zęby i inne twory listka zarodkowego zewnętrznego-ektoblasta. Z komórek zaś entodermalnych, patologicznie rozwijających się, powstają cysty zwykłe. Treść tych ostatnich zależna jest od własności wydzielniczej komórek wyscielających torbiel i od transudacji płynu surowiczego do jamy torbielowej i zależnie od tego jest płynną-surowiczą, lub gęstą sluzową, a także kolloidalną.

Jako drugą przyczynę powstawania cyst należy przyjąć uraz, kiedy część komórek, czy to pokrywających, czy to wyscielających zostaje oderwana i wtłoczona do tkanki mezenchymalnej i tu rozwijając się tworzy wyżej wspomniane cysty. Pozatem torbiele mogą powstać na drodze retencji w gruczołach sluzowych, w których wydzielina z powodu niedrożności przewodów gruczołowych nie może odpłynąć i skupia się w nadmiernej ilości. Niedrożność dróg odpływowych bywa spowodowana zatkaniem konkrementami, zgęszczoną wydzieliną, a także zbliznowaceniem, uciskiem i t. d. W powstałych w ten sposób cystach nie może być mowy o pasywnem li tylko rozdęciu światła gruczołów, gdyż wówczas nabłonek wyścielający wskutek nadmiernego ciśnienia zawartości gruczołowej uległby zanikowi, jako też nie mógłby pokryć całego ciągle rozszerzającego się światła torbieli. Wszystkich tych cech podczas badania histopatologicznego nie stwierdza się, a więc widzimy, że w tworzeniu się, tak zwanych, retencyjnych cyst bierze udział też i nabłonek wyścielający światło gruczołu, odpowiednio przystosowując się do nowych warunków.

Oprócz cyst składających się z zawartości wewnętrznej, nabłonka wyścielającego, torebki, a także nabłonka pokrywającego, spotykamy cysty rozmiękczynowe naskutek zmian nekrotycznych i degeneracyjnych w narządach. Naokoło takiego ogniska wytwarza się tkanka łączna zbita w postaci torebki, podczas gdy masy rozkładające się ulegają rezorbcji i są zastąpione płynem surowiczym. Cysty te mogą być jedno lub wielokomorowe.

To wszystko co chciałem powiedzieć o powstaniu cyst wogóle, co się tyczy cyst nagłośniowych, to za ostatnie czasy spotykamy opis ich u kilku autorów. Tak *Krawczenko* opisuje ciekawy przypadek 3-ch cyst na przedniej stronie nagłośni u 26 letniej dziewczyny, przyczem jedna z tych cyst była wielkości wróblego jaja usadowiona na lig. glosso-epiglottica. *Glas* obserwował przypadek cysty przedniej strony nagłośni. *Artelli* opisał cystę umieszczoną na fałdzie językowo-

nagłośniowym prawym. *Brozim* wykazał podczas autopsji cystę nagłośniową konsystencji twardej. Ostatnio *Gibb* opisał cystę dermoidalną na przedniej stronie nagłośni, którą rozpoznał dopiero w czasie zabiegu, usuwając zgrubienie na przedniej stronie nagłośni u chorego lat 64, który cierpiał na uciążliwe połykanie i utrudnione oddechanie. *Kojo, Kusuo* opisał cystę retencyjną u 28 letniej dziewczyny, wychodzącą z nalewki, wielkości opuszki kciuka. *Worthington* obserwował u 40 letn. mężczyzny, cystę usadowioną na tylnej stronie nagłośni.

Niedawno również miałem możność obserwowania przypadek cysty nagłośniowej, który podaję celem wzbogacenia literatury lekarskiej ojczystej. W moim przypadku chodziło o chorego M. G. 27 letniego mężczyznę z zawodu hutnika, który zgłosił się do mnie do szpitala, na oddział uszno-gardlany w końcu grudnia ubiegłego roku ze skargami na częste bóle gardła, na utrudnione oddechanie nosem, jako też częsty kaszel i kłucie w lewym boku.

W wieku dziecięcym przebył odrę i koklusz, w wieku starszym zapalenie płuc. Dziedzicznie nie obarczony. Budowa chorego prawidłowa, wzrost średni, odżywianie mierne. Badanie płuc wykazało przewlekłe zapalenie oskrzeli, pozatem ze strony narządów wewnętrznych zmian nie stwierdza się.

Badanie nosa wykazało rozlane skrzywienie przegrody w stronę lewą, tak w części chrząstkowej jak i kostnej; przerost muszel nosowych i degeneratio polyposa środkowej prawej muszli.

Migdałki podniebienne nieco powiększone, przy ucisku szpadlem na przednie łuki podniebienne wydzielają się w dużej ilości czopy. Widoczne są duże, głębokie krypty. Błona sluzowa rozpulchniona i silnie przekrwiona. Przy badaniu gardła, uciskając szpadlem język zauważono twór, poruszający się przy respirium, wychodzący z głębi gardła mniej więcej w środkowej linji. Przy bliższem badaniu pośredniem i bezpośredniem stwierdzono, iż twór ten wielkości fasoli, o powierzchni gładkiej, silnie unaczynionej z widocznemi rozszerzonemi naczyniami na powierzchni. Na pierwszy rzut oka robi wrażenie polipa, wychodzącego węższą częścią z przedniej strony nagłośni, w górnej części w lewo fałdu językowo-nagłośniowego środkowego (plica glossoepiglottica media s. frenulum epiglottidis). Przy badaniu zaś palcami wskazującym i środkowym, po uprzedniem znieczuleniu kokainą stwierdza się, że treść tego tworu jest przelewająca się, i wykazuje chełbotanie. To utwierdziło mnie w przekonaniu, że chodzi tu o torbiel nagłośniową.



Rysunki Nr. 1 i Nr. 2 przedstawiają stosunek torbieli nagłośniowej do otoczenia, kształt, wielkość i miejsce wyjścia z nagłośni.

Cystę tę usunięto drogą bezpośrednią. Po dokładnem znieczuleniu 20% kokainą, cystę zapętlono pętlą do polipów i nożyczkami Coopera odcięto od nagłośni. Miejsce cysty przypalono termokauterem.

Wycięta cysta była wypełniona przezroczystym płynem. Wewnętrzna powierzchnia gładka, połyskująca, blada. Zewnętrzna strona rozpulchniona, silnie unaczyniona. Cała torebka torbieli dość gruba.

W preparacie histopatologicznym stwierdza się, że powierzchnia zewnętrzna cysty ma budowę brodawczakowatą, pokrytą nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, nierównej grubości, miejscami rogowaciejącym na powierzchni. Na wewnętrznej zaś powierzchni widzimy nabłonek jedno i wielorzędowy cylindryczny. Tkanka między obu nabłonkami wykazuje miejscami zmiany obrzękowe (włókna tkanki łącznej porozsuwane) obficie unaczyniona. Prócz tego widać skupienia tworów gruczołowych o nieregularnem szerokiem świetle, przyczem niektóre z nich są torbielowato rozszerzone. Na podstawie tego preparatu można wywnioskować, że powstanie opisanej cysty, najprawdopodobniej, jest retencyjne wskutek niedrożności przewodu wyprowadzającego jednego z gruczołów sluzowych, umiejscowionych na przedniej powierzchni nagłośni.



Rys. Nr. 3 przedstawia budowę mikroskopową torebki torbielowej w miejscu brodawczakowatej powierzchni.

U chorego oprócz cysty usunięto jednocześnie i schorzałe migdałki podniebienne, a po tygodniu resekowano podsluzowo przegrodę nosa. Na 18-ty dzień pobytu w szpitalu chory został wypisany w stanie dobrym, dolegliwości na które się uskarżał ustąpiły zupełnie.

**Piśmiennictwo.**

Schmaus — Grundriss der Patologischen Anatomie, Triepel — embrjologja, Benjamins Acta oto-laryngol. Bd. 6 s. 182. Artelli — Zntrbl. f. Hals. Bd. II s. 431. Borzim — Zntrbl. f. Hals. Bd. 9 s. 532. Hutter — Zntrbl. f. Hals. Bd. II s. 719. Glas — Zntrbl. f. Hals. Bd. 13 s. 686. Krawczenko — Zntrbl. f. Hals. Bd. 14 s. 363. Glas — Zntrbl. f. Hals. Bd. 15 s. 158. Gibb — Zntrbl. f. Hals. Bd. 16 s. 138. Kojo, Kusuo Zntrbl. f. Hals. Bd. 16 s. 524. Opoczyński — Diagnostyka Histopatologiczna, Hornowski — Anatomia patologiczna.

Z oddziału oto-laryngologicznego Szpitala Kasy Chorych m. Łodzi im. Prezydenta Rzeczypospolitej Prof. D-ra Ign. Mościckiego.
Dyrektor Szpitala Prof. Dr. *W. Tomaszewicz.*

Podał Dr. J. IMICH.

# Tonsillektomja u dzieci.

Wielokrotnie opisany temat poruszam nie dla dodania jeszcze jednej zbędnej elukubracji, lecz dla, bezwzględnie — nakaz chwili — stanowiącej, konieczności, propagowania myśli o doszczętnem wyłuszczaniu chorych migdałków u dzieci, nie czekając na powstające stąd groźne powikłania ogólne.

Zdawałoby się przecież, że wobec niepodlegającego dyskusji przyczynowego związku bardzo wielu ciężkich schorzeń z pierwotnem schorzeniem migdałków — konieczność dowiedzenia potrzeby ich usuwania jest zupełnie zbędna.

Nie zapomnijmy jednak że jako przyrodnicy, musimy przedewszystkiem zastanowić się — czy mamy prawo, ot tak, z lekkiem sercem poświęcać narząd, który przecież jakąś funkcję w ustroju sprawować musi i to, może, nie poślednią.

Posługując się wzamian podawania nazwisk, przytoczeniem w końcu pracy odnośnego piśmiennictwa, pragnę w wielkich linjach nakreślić główne w sprawie tej poglądy, nie zwracając żadnej uwagi na przebrzmiałe i do historji należące teorje i teoryjki.

Wychodząc z przesłanek, że: po pierwsze dowiedzionem jest, iż białe ciałka krwi przechodzą przez ściany naczyń w migdałkach i spełniają tam rolę fagocytów, ujętą do dziś za małemi zmianami w fundamentalnych idejach Miecznikowa; po drugie, że prąd chłonki unosi z sobą w przestrzenie międzykomórkowe, znajdujące w jego obrębie, drobniutkie ciała obce, że po trzecie równocześnie istnieje prąd chłonki i w odwrotnym kierunku, dochodzimy do wniosku — że migdałki są narządem, który musi spełniać pewne funkcje w organiźmie, lecz mimo wielu prac i doświadczeń dotychczas funkcji tych nie udało się stwierdzić.

Autorów, którzy starali się zapomocą prac doświadczalnych zbadać fizjologiczne funkcje migdałków, możemy podzielić na dwa zupełnie krańcowo stojące obozy.

Jedni uważają migdałek, jako filtr, zatrzymujący i zwalczający

drobnoustroje, drudzy jako gąbkę, która wsysa wszelkie zarazki i z której drobnoustroje rozchodzą się po całym organiźmie.

Ażeby dowieść swojej słuszności, wstrzykiwano sadzę, tusz chiński i barwniki do śluzówki nosa, jamy ustnej i nawet dziąseł i jedni znajdywali je w migdałkach, drudzy zaś w migdałkach nic nie znajdywali, lecz w podszczękowych gruczołach chłonnych.

I tak aż do doby obecnej zapatrywania te się nie zmieniły i ciągle mamy dwa, wzajemnie zwalczające się, kierunki.

Zrozumiałem jest, że odrębność wyników doświadczalnych odbić się musiała i na klinicznych metodach.

Zwolennicy pierwszej teorji zwalczają doszczętne usuwanie migdałków, zaś zwolennicy drugiej propagują tosillektomję i są przeciwnikami tosillotomji.

Już w roku 1914 zagadnienie tonsillektomja, czy tonsillotomja tak dalece dojrzało, że było obrane jako temat na międzynarodowym kongresie w Londynie.

W referacie pod tytułem: „Wskazania i wzgląd na wartość tonsillotomji i tonsillektomji“ Burger był za tonsillotomją, decydując się na tosillektomję tylko wtedy, kiedy tonsillotomja ze względów technicznych nie może być wykonaną; zaznacza on, że narkoza, w której tonsillektomja u dzieci zostaje wykonaną, potęguje niebezpieczeństwo.

Goodale zaś przemawiał na korzyść tonsillektomji. Goodale uważa, że można u dzieci usuwać doszczętnie migdałki bez jakiejkolwiek szkody dla organizmu, motywując swoje zapatrywania w sposób następujący: „Jeżeli my przypisujemy migdałkom znaczny wpływ na organizm, to musimy przyznać te same funkcje histologicznie podobnym tkankom limfatycznym w pierścieniu Waldeyera, ergo przez usunięcie migdałków, które są w stanie czynnym, musimy wywołać przerost wyrównawczy sąsiedniej tkanki limfatycznej. Następnie u dorosłych przechodzą często migdałki drogę wstecznej metamorfozy, tak że ledwie ślady tkanki limfatycznej pozostają, a większa część tego organu zostaje zastąpiona przez tkankę łączną. Jest to dowodem, że tkanka limfatyczna zanika i mechaniczne usunięcie nie jest niczem innem jak przyśpieszeniem procesu naturalnego“.

Tylko zwykłe przerostowe migdałki mogą być podług Goodale tonsillotomowane, wszystkie inne schorzałe migdałki z patologicznemi zmianami muszą być tonsillektomowane. Wtedy, gdy u Burgera tonsillotomja jest wskazaną nawet przy „tonsillitis chronica“, uważa Goodale ją za przeciwskazaną, gdyż przy „tonsillitis chronica“, jak

również przy powtarzających się miejscowych lub ogólnych zakażeniach, tonsillotomja może zaszkodzić.

W dyskusji zabierali głos laryngolodzy całego świata, z których większość wypowiedziała się za tonsillektomją i u dzieci.

Winkler uważa, że znaczenie migdałków dla organizmu dziecięcego jest zbytnio przesadzone. Ci autorzy, którzy odrzucają doszczętne wyłuszczenie migdałków u dzieci, są w błędzie, gdyż nietylko przerośnięte, duże z za łuków wystające migdałki są chore i muszą być usuwane, lecz często małe i prawie niewidoczne.

Zastanawiając się nad funkcją fizjologiczną migdałków, dochodzi Winkler do wniosku, że aczkolwiek podług Henkiego zdrowe migdałki mają własność usuwania obcych elementów nazewnątrz, jednak w chorych migdałkach może się proces chorobowy w pełni rozwinąć.

Zarazków błonicy, które dostały się do migdałków nie możemy w żaden inny sposób wydostać, jak razem z tkanką migdałka. Również po anginach różne inne drobnoustroje, które dostały się z ust do migdałków, dłuższy czas w nich pozostają.

W bardzo wielu wypadkach znalazł Winkler u dzieci od 2-ch do 6-ciu lat, więc właśnie w tym wieku, kiedy się u dzieci niechętnie usuwa migdałki, tak znaczne chorobowe zmiany w migdałkach, że pozostawienie ich byłoby z wielką szkodą dla zdrowia danych dzieci.

Co się tyczy klinicznych spostrzeżeń, to ogromna większość klinicystów na zasadzie swojej praktyki przypisuje migdałkom własność przyjmowania infekcji, i nawet *Goerke*, twórca teorji obronnej, przyznaje, że mechanizm obronny w razie choroby migdałka może się zepsuć, i w takich wypadkach zaleca tonsillektomję.

Przy przeglądzie materjału klinicznego narzuca się odrazu wielka rola migdałków przy chorobach zakaźnych. Pierścień limfatyczny: migdałki podniebienne, wyrośla adenoidalne i migdałki językowe służą za otwarte wrota najrozmaitszym zakażeniom. Przy przeziębieniach lub podrażnieniu przez kurz obostrza się przewlekłe zapalenie migdałków, które w niszach i szparach migdałka często drzemie. Jeżeli zupełnie zdrowe migdałki radzą sobie, niszcząc intruzów, to jednak chore są bezsilne wobec inwazji i pozwalają zakaźnym drobnoustrojom dostać się bez trudu do krwi i chłonki. Jako skutki mamy: gościec stawowy z zapaleniem wsierdzia, ostre zapalenie nerek, pląsawicę, czasami zapalenie wielonerwowe i posocznicę. A cóż dopiero choroby jak: odra, błonica, płonica. Z reguły choroby te rozpoczynają się schorzeniami migdałków, ewentualnie bywają przez

nie wyprzedzane. Konieczność usunięcia, to jest doszczętnego wyłuszczania chorych migdałków została na zasadzie wielu kliniczno-anatomicznych spostrzeżeń ostatnich lat wysunięta na pierwszy plan, gdyż w przeciwnym wypadku doprowadzić one mogą do schorzenia odległych organów nawet w formie ogólnego zakażenia.

Jeżeli nawet nie zgodzimy się z autorami, którzy uważają, że wszystkie reumatyczne zapalenia stawów są powodowane schorzeniami migdałków, to jednak klinicznie dowiedziono, że większość powyższych schorzeń jest pochodzenia migdałkowego. To samo możemy powiedzieć i o zapaleniu nerek, pląsawicy i posocznicy.

Bachhamer w 37-miu badanych przez siebie wypadkach zmarłych na septicopyemję dowiódł, że infekcja ta pochodziła z chorych migdałków. Jessen opisał podobne wypadki. Ostatnio Uffenrode, Zange, Claus, Waldapfel i inni.

Wielu pedjatrów uważa, że przy skazie limfatycznej wogóle nie należy operować. Jednakowoż przyjmując pod uwagę, że jednym zabiegiem możemy wyleczyć dolegliwość, którą niezawsze zapomocą nawet dłuższej kuracji wewnętrznej wyleczyć się udaje — operować powinniśmy.

Steiner przypisuje migdałkom właściwość infekcyjną i trzyma się następującej zasady: dopóki dziecko ma tylko powiększone migdałki, to nie należy ich ruszać, jeżeli one nie dają się dziecku we znaki. Jeżeli przerost migdałków jest tak znaczny, że przeszkadza oddechaniu, mówieniu lub powoduje zapalenie albo nieżyty ucha środkowego, wystarczy usunięcie tylko wystających części. Z chwilą zaś, gdy migdałki są chore, to znaczy mamy często powtarzające się anginy, ropnie okołomigdałkowe, gdy organizm dziecka jest zagrożony ogólnem zakażeniem z powodu choroby migdałków, nie wolno nam zastanawiać się nad tem, czy migdałki są potrzebne dla organizmu, czy nie — a radykalnie je usunąć. Pozostawienie takich migdałków napewno przyniesie więcej niebezpieczeństwa organizmowi dziecka, niż brak tychże.

Klinicznie mamy takie niezłomne dowody szkodliwości chorych migdałków i takie niezwykle dodatnie wyniki po ich usunięciu, że liczyć się z niepewnemi wynikami teoretycznych doświadczeń nam nie wolno, i w razie wskazania bez zastanowienia się należy u dziecka migdałki usunąć doszczętnie.

Z przeszło 500 tonsillektomij, wykonanych na dzieciach metodą Sludera, znajduje się pod obserwacją moją do chwili obecnej 225.

Dane statystyczne z powyższego materjału przedstawiają się następująco:

**Dzieci operowane w latach 1923—24.**

| Wiek | Stan do operacji | Ilość | Zupełnie wyleczonych | Z poprawą | Bez zmian | Pogorszenie ogólnego stanu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| od 3—6 | Anginy, zapalenia uszu, zapal. oskrzeli, zapal. nerek, niedorozwój fizyczny . . . | 20 | 14 | 5 | 1 | 0 |
| od 6—12 | Anginy, ropnie okołomigdałkowe, zapalenia stawów, zapalenia wsierdzia, pląsawica, zapalenia nerek, niedorozwój fizyczny . . . | 22 | 12 | 6 | 4 | 0 |

**Dzieci operowane w latach 1925—26.**

| Wiek | Stan do operacji | Ilość | Zupełnie wyleczonych | Z poprawą | Bez zmian | Pogorszenie ogólnego stanu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| od 3—6 | Jak wyżej . . . . . . . | 41 | 32 | 6 | 3 | 0 |
| od 6—12 | Jak wyżej . . . . . . . | 35 | 25 | 6 | 4 | 0 |

**Dzieci operowane w latach 1927—28.**

| Wiek | Stan do operacji | Ilość | Zupełnie wyleczonych | Z poprawą | Bez zmian | Pogorszenie ogólnego stanu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| od 3—6 | Jak poprzednio . . . . . | 48 | 35 | 8 | 5 | 0 |
| od 6—12 | Jak poprzednio . . . . . | 57 | 39 | 12 | 6 | 0 |

Z powyższej statystyki wynika, że u ogromnej większości dzieci po zabiegu dolegliwości całkowicie ustąpiły lub też dała się stwierdzić znaczna poprawa; w 10% operacja nie dała żadnego rezultatu, a pogorszenia ogólnego stanu zdrowia nie stwierdzono ani razu.

Aczkolwiek już od kilkudziesięciu lat wielu laryngologów wyłuszcza doszczętnie migdałki u dzieci, to jednakowoż dotychczas wypadki

o ujemnych skutkach tego zabiegu nie były opisane. Rozumie się— mogą i u dziecka nastąpić komplikacje pooperacyjne, lecz naogół dzieci znoszą tonsillektomję o wiele lżej niż dorośli, a powikłania są o wiele rzadsze,

Nigdy nie należy kierować się u dzieci wielkością migdałków, gdyż zdarza się bardzo często, że dzieci o wielkich migdałkach na anginę nigdy nie chorują, są zdrowe i wyglądają kwitnąco, podczas gdy dzieci z malutkiemi migdałkami często na anginę zapadają i są chorowite.

Nie duże, lecz chore migdałki u dzieci są wskazaniem do operacji, a, jeśli migdałki są chore, to należy je bezwzględnie wyłuszczyć. W takich właśnie wypadkach tonsillotomja może być niebezpieczną, gdyż, mimo najlepszej techniki, po tonsillotomji pozostaje chociażby malutki kawałek chorej tkanki migdałkowej przy samej otoczce.

Blizny po tonsillotomji mogą przeszkodzić opróżnianiu się nazewnątrz ogniskom, i wtedy zakaźne elementy z łatwością znajdą sobie drogę przez naczynia krwionośne do organizmu.

Dzięki metodzie Sludera doszczętne wyłuszczanie migdałków u dzieci dla specjalisty, obeznanego z techniką tej metody jest zabiegiem nadzwyczaj prostym i łatwym i może być wykonane z taką samą szybkością jak tonsillotomja.

Co się tyczy narkozy, to u dzieci małych, ale spokojnych można wyłuszczać migdałki metodą Sludera bez narkozy podobnie jak i przy tonsillotomji. U dzieci starszych znieczulenie miejscowe robi zabieg zupełnie niebolesnym. Dzieci niespokojne należy operować w narkozie. (Aetherrausch ew. Chloretylrausch).

## Piśmiennictwo.

1) Stöhr — Zur Physiologie der Tonsillen. Biol. Zbl. 2. r. 1882. 2) Stöhr — Ueber Mandeln u. Balgdrüsen. Virch. Arch. 97. r 1884. 3) Brieger — Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 121. 1902. 4) Görke — Zur Tonsillektomiefrage. Br. kl. W. Nr. 25. 1913. 5) Hodenpyl — The anatomy and physiology of the faucial tonsils with reference to the absorption of infektions material. Int. journal of med. science. Marzec 1891. 6) Goodale — Eine histologische Studie über die Proliferation und Phagocytose der Gaumentonsillen. Retrograde Veränderungen der Gaumentonsillen. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 12. 1902. 7) Lexer. — Die Schleimhaut des Rachens als Eingangspforte pyogener Keime. Arch. f. Chir. 45. 8. Menzer. — Die Aetiologie des akuten Gelenkreumatismus. Berlin. 1902. 9) Hendelssohn. — Verhalten des Mandelgewebes gegen aufgeblasesne pulverförmige Substangen Arch. f. Lar. 8. 10) Federici. — Ueber den Mechanismus der Lymphocytenemigration durch

das Epithel der Toisillen und über die Bedeutung disses Vorganges. Podług referatu w Zbl. f. Ohrhlk. 3. s. 127. 11) Schönemann. — Zur Physiologie der normalen und hyperplastischen Tonsille. Mschr. f. Ohrhlk. 1907. 4. 12) Schönemann. — Zur Physiologie und Pathologie der Tonsillen. Arch. f. Lar. u. Rhin. 22. Zeszyt 2. 13) Lewinstein. — Funktion der Mandeln. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 23. 1910. Z. 1. 14) Lewinstein. — Hyperplasie u. Atrophie der Gaumenmandel. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 22. Z. 1. 15) Lenart. — Ueber den Zusammenhang des Lymphgefässystems der Nasenhöhle und der Tonsillen. Arch. f. Lar. u. Rhin. 21. 1909. 16) Barth. — Ueber die Physiologie der Tonsillen und die Indikation zu ihrer Abtragung. D. m. W. 49. 1907. 17) Hamburger. — W. kl. W. 36. 1907. 18) Albrecht. — W. kl. W. 10. 1909. 19) Bachhammer. — Arch. f. Lar. u. Rhin. 23. 1910. Z. 3. s. 334. 20) Curschmann.— Beziehungen entzündlicher Mandelaffektionen zu Infektionskrankh. M. m. W. 6. 1910. 21) Amersbach. — Arch. f. Lar. u. Rhin. 29. Z. 4. s. 70. 22) Schichold. — Die tonsilläre Behandlung der sogenannten rheumatischen Erkrankungen. M. m. W. 6. 1910. 23. Jessen. — M. m. W. 23. 1898. 24) Ghon. — Primärer lungentod bei Tuberkulose der Kinder. 1913. 25) Piffl. — Die chronische Entzündung der Gaumenmandeln u. ihre Behandlung. Pr. m. W. 27. 1912. 26) Piffl. — Der Waldeyersche Rachenring u. der Organismus. M. kl. 8. 1913. 27) Henke. — Arch. f. Lar. u. Rhin. 28. 1914. Z. 21. 28) Pässler. Das Krankheitsbild der permanenten Mandelgrubeninfektion u. seine Behandlung. Kongr. dla wewn. med. 1911. 29) Pässler. — Sind die sogenannten Diathesen Konstitutionsanomalien? M. m. W. 47. 1913. 30) Pässler. — Beitrag zur Sepsisfrage. Kongr. dla wewn. med. 1914. 31) Pässler. — Radikale Tonsillektomie oder konserwative Behandlung der chron. Tonsillitis? Ther. Mschr. 1913. s. 15–25. 32) Riedel — Ueber Tonsillektomie bei Kindern. M. m. W. 41. 1913. 33) Sturmann. — Die totale Ausschälung der Gaumenmandeln. B. kl. W. 5. 1911. 34) Marschik. — Bemerkungen zur Tonsillektomie. Mschr. f. Ohrhlk. 47. 1913. s. 80. 35) Piffl. — Die chronische Entzündung der Gaumenmandel und ihre Behandlung. Prag. m. W. 27. 1912. 36) Erbrich. — O doszczętnem wyłuszczeniu migdałków. Gazeta lekarska 3. 1911. 37) Blegvad. — Ueber Tonsillektomie. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 24. 1910. Z. 1. 38) Sluder. — Mschr. f. Ohrhlk. 1911. Z. 8. s. 903. 39) Rethi. — Mschr. f. Ohrhlk. 5. 1912. 40) Heinemann— Ueber Totalextirpation atrophischer Tonsillen. Fränkels Arch. f. Lar. u. Rhin. 28. 1913, Z. 1. 41) Halle. — Die Totalexstirpation. D. m. W. 8. 1913. 42) Winkler. — Ueber Tonsillenoperationen im Kindesalter. Mschr. f. Ohrhlk. 1914. Z. 6. 43) Tenzer. — Einiges zur Tonsillektomiefrage. W. kl. W. 1913. 47. 44) Tenzer. — Ueber die Radikaloperation der Tonsille. W. kl. W. 27. 1910, 45) Tenzer. — Ueber eine neue Methode der Radikaloperation der Tonsillen. W. kl. W. 3. 1912. 46) Kofler. — Mschr. f. Ohrhlk. 45. 1911. s. 321. 47) Comroe. — Journ. amer. med. assoc. 16. 1914. s. 1367. 48) Goldmann. — Tonsillitis caseosa. Prag. m. W. 50. 1911. 49) Hajek. — Msch. f. Ohrhlk. 1912. s. 1461. 50) Schreiber. — Tonsillektomie. Ther. d. Gegenwart. 4. 1913. 51) Goldmann. — Zur Behandlung der Gaumenmandeln. Mschr. f. Ohrhlk. 8. 1913. s. 1028. 52) Schlemmer. — Ueber die Tonsillektomie und ihre möglichen Komplikationen. Mschr. f. Ohrhlk. Z. 9—10. 1916. s. 513. 53) Fein. — Die chronische Entzündung des Lymphat. Rachenkomplexes. Mschr. f. Ohrhlk. 6. 1920. s. 481. 54) Schlemmer. — Studien zum Tonsillenproblem. Mschr. f. Ohrhlk. 11. 1921.

s. 1567, 55) Schlemmer. — Ueber interne Komplikationen nach Tonsillektomie. W. m. W. 33. 1923. 56) Caldera. — Ueber dle vermutete Funktion der inneren Sekretion der Gaumenmandel. Zeitschr. f. Hals. Nasen u. Ohrenkr. T. 11. Z. 3/4. s. 286. 57) Fleischman. — Nochmals zur Tonsillenfrage. Zeitschr. f. Hals. Nansen u. Ohrenkr. T. 11. Z. 3/4. 58) Burak. — Arch. Intern. de Laryng. marzec. 1923. 59) Cuvillier. — Arch. Intern. de Laryng. luty. 1925. 60) Nussbaum. — Physiologie of the tonsils. The Laryngoscope. 1926. T. 35. Z. 5. 61) Cytowicz. — Żurnał usznych, nosowych i gorłowych boleznej. 1925. 3—4. 62) Zak. — Żurnał usznych, nosowych i gorłowych boleznej. 1925. 3—4. 63) Liebermann. — Wie steht das Tonsillenproblem beute im Licht der Praxis. Ztschr. f. Hals, Nase u. Ohrkr. 1926. T. 13. Z. 2. s. 296. 64) Wassillieff. — Ztschr. f. Lar. 1928. T. 16. Z. 2. s. 121. 65. Voss. — Zur Physiologie der Tonsillen, Arch. f. Ohr. Nasen u. Kehlkopfkr. 1929. T. 121. Z. 1—2. s. 1. 66) Berrgren. Sture i Torsten Hellman — Tonsillitis chronica. Acta oto-laryngol. Stockh, Suppl. Z. 12. 1930. 67) Zange J. — Post-anginale Pyämie. Ztschr. f. Hals, Nasen u. Ohrenhlk. Bd. XVII. T. 2. 68) Zange. — Wiener Kl. W. 1926. Nr. 38. 69) Claus. — Bemerkungen zur Pyämie nach Angina. Ztschr. f. Hals,—Nasen u. Ohrenhlk. 1928. Z. 18. 70) Uffenorde W. — Die vom Schlunde ausgehenden septischen Allgemeinerkrankungen. I. Congres international d'oto-rhino-laryngologie. Copenhague. 1923. 71) Goerke. — Ueber Pyämie nach Tonsillektomie. Folia Oto-lar. 1930. T. 19. Z. 4.

---

Z kliniki Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor Prof. Dr. *F. Erbrich.*

# Przyczynek do leczenia naczyniaków krtani.

Podał Dr. HENRYK LEWENFISZ (st. asystent kliniki).

Naczyniaki krtani są schorzeniem niezmiernie rzadkiem. Toteż zarówno piśmiennictwo polskie, jak i obce, dotyczące tej sprawy chorobowej jest bardzo skąpe.

Dokładne zrewidowanie przypadków, opisanych jako naczyniaki, jeszcze bardziej uszczupli ich liczbę, okaże się bowiem, że niektóre guzy innego pochodzenia zostały do naczyniaków zaliczone.

Naczyniak, w ścisłem tego słowa znaczeniu, jest guzem składającym się z konglomeratu rozszerzonych naczyń krwionośnych (naczyniaki krwionośne), lub chłonnych (naczyniaki chłonne). Jak już wspomniałem, umiejscowienie naczyniaków w krtani należy do zjawisk rzadkich, spotykamy je częściej w jamie ustnej, w nosie, gardle, na skórze.

Naczyniaki krwionośne krtani występują często pod postacią wysepek, jako wyraz jednej z wielu lokalizacji w ustroju. Siedzą

one przeważnie na szerokiej podstawie, choć bywają i postacie szypułowate, zwisające do głośni w formie tworów groniastych. Kolor ich jest ciemno-czerwony, siny, powierzchnia nierówna, guzkowata. Występują one rzadko pod postacią tak zw. zwykłych naczyniaków, przedstawiających zbiór rozszerzonych naczyń włosowatych (*Angioma simplex*). Częściej natomiast spostrzegamy w krtani naczyniaki jamiste (*Angioma cavernosum)*, jako małe elastyczne twory, powiększające się przy zastojach w obrębie naczyń szyjnych. Dużych rozmiarów osiągają tylko naczyniaki zwykłe, mogące całkowicie objąć jedną stronę i sięgać aż do zatok gruszkowatych, lub nawet do podstawy języka,

Naczyniaki krtani usadawiają się najczęściej na brzegach oraz na górnej powierzchni strun głosowych, poza tem zwłaszcza w tych miejscach, gdzie śluzówka luźno jest połączona z podłożem: okolica międzynalewkowa, więzadła głosowe rzekome, zatoka *Morgani*'ego.

Objawy kliniczne są oczywiście ściśle związane z umiejscowieniem sprawy chorobowej: guz strun głosowych powoduje zaburzenia mowy, w innych zaś częściach krtani zostaje częstokroć wykryty tylko przypadkowo.

Naczyniaki występują często u kilku osobników tej samej rodziny i zdają się być dziedziczne. *Babington* już w 1885 roku ogłasza w „Lancet" wiele przypadków naczyniaków w jednej i tej samej rodzinie. *Kelly* obserwował dwie siostry z naczyniakami. *Seifert* opisuje mnogie naczyniaki u dwu sióstr; jakoby i trzecia siostra—niebadana, miewała częste krwawienia z nosa (angiomata nasi?) oraz małe ciemno-czerwone guzki na twarzy.

Drobnowidowy obraz naczyniaków przedstawia się jako zbiorowisko rozszerzonych naczyń włosowatych o różnym przekroju, aż do powstawania jam. Naczynia guza tworzą zamknięty zwój krążenia, łącząc się z tętnicą doprowadzającą i żyłą odprowadzającą krew.

Utkanie składa się z młodej tkanki łącznej o niezróżnicowanych jeszcze elementach.

W naczyniakach stwierdza się przeważnie wyraźne bujanie ścianek naczyń, przyczem punktem wyjścia bujania jest śródbłonek naczyń włosowatych! Charakterystyczną dla nich cechą jest jednowarstwowość śródbłonka mimo jego obfitego rozmnażania się — nie stwierdza się zatem nigdzie wewnątrznaczyniowych brodawczaków. Jest to bodaj najważniejsza cecha różniczkowa naczyniaków z innemi guzami (śródbłoniaki, śródbłonkowe mięsaki).

W przekrojach seryjnych nowopowstałe naczynia leżą częstokroć równolegle do siebie; miejscami przestrzenie naczyniowe nie są jeszcze zaopatrzone w ścianki; w innych znów miejscach stwierdza się już tylko z jednej strony komórki śródbłonka — jest to obraz niezmiernie dla naczyniaków charakterystyczny. Naczyniaki są najprawdopodobniej tworami wrodzonemi. Przypuszczać jednak należy, że ulegają rozrostowi dopiero w wieku dojrzałym, ponieważ u dzieci spotykamy je bardzo rzadko.

Powstawanie nowych elementów upoważnia do włączenia ich w grupę nowotworów. Gdy jednak naczyniak nie zdradza nowopowstałych elementów i składa się jeno z istniejących już, aczkolwiek zmienionych naczyń, należy go raczej zaliczyć do zboczeń wrodzonych.

Mówiąc o naczyniaku, jako o nowotworze, podkreślić należy jego dobrotliwość, gdyż prawie nigdy nie daje nawrotów. Jednak przez swą łatwość do krwawienia może on przedstawiać groźne dla życia niebezpieczeństwo.

Dając szczegółowy opis obrazu drobnowidowego naczyniaków— czyniłem to zupełnie celowo.

Przeglądając bowiem piśmiennictwo, przekonałem się, że z niedużej liczby opisanych przypadków naczyniaków krtani — niektóre należy wyeliminować, jako guzy innego pochodzenia.

Nie będziemy wszak do naczyniaków zaliczali nowotwory, zawierające w dużej mierze lub tylko częściowo obfitą ilość rozszerzonych naczyń. Nowotwory takie, zawierające dużo naczyń krwionośnych lub też przestrzenie łącznotkankowe wypełnione krwią *Eppinger* nazywa hemangiektatycznemi włókniakami lub brodawczakami. Właściwych naczyniaków *Eppinger* nie spostrzegał.

Przypadki dające po doszczętnem usunięciu nawroty, zaliczać należy raczej do mięsaków, wziąwszy pod uwagę dobrotliwość naczyniaków, jako ich cechę charakterystyczną (przypadki *Koschier'a* i *Loomis'a*).

*Rudolf Kramer* i *Sidney Jankauer* z New-Yorku podają opis 14-tu przypadków naczyniaków krtani, z nich 5 przypadków zwykłych, pozostałe zaś jako naczyniaki jamiste.

Podając opis drobnowidowy usuniętych nowotworów, autorzy zwracają uwagę na wielowarstwowość śródbłonka nowopowstałych naczyń, co, jak już wyżej nadmieniłem, nie odpowiada budowie drobnowidowej naczyniaków.

Wreszcie, zdaje mi się, że łatwość, z jaką autorzy ci pobierali skrawki guzów do badania oraz brak krwawienia podczas zabiegu

operacyjnego, również przeczą, jakoby wszystkie opisane przez nich przypadki miały być naczyniakami. Jeżeli uprzytomnimy sobie, że naczyniak w przeważnej części składa się z dużego zbiorowiska naczyń, że utkanie z tkanki łącznej tworzy tylko przegrody między naczyniami, to zrozumiałem będzie, że każde postępowanie chirurgiczne wywołać musi łatwo krwawienie, niepożądane zwłaszcza przy zabiegach w krtani.

Toteż rozpoznawane przez nas naczyniaki leczymy zapomocą diatermo-koagulacji, jak to miało miejsce w przytoczonym poniżej przypadku naczyniaka jamistego, obejmującego całą połowę krtani aż do zatoki gruszkowatej.

Chory M. G., lat 50, z zawodu nauczyciel, zgłosił się do kliniki 25.II 1931 r. z powodu chrypki, utrzymującej się od 8-u miesięcy, kaszlu, zachłystywania się płynnemi pokarmami oraz od czasu do czasu występującej duszności.

Badanie pośrednie krtani wykazuje obecność guza, wielkości orzecha włoskiego, obejmującego lewą nalewkę, fałd nalewkowo-nagłośniowy, struny prawdziwą i rzekomą lewe w części tylnej, oraz fałd międzynalewkowy. Guz zwęża do połowy światło krtani. Powierzchnia jego nierówna, kolor ciemno-czerwony, sinawy.

W obrazie prostym zapomocą direktoskopu *Hasslingera* guz przedstawia się jak wyżej. Stwierdza się nadto, że obejmuje on częściowo tylną ścianę krtani i wewnętrzną ścianę zatoki gruszkowatej lewej. Podczas ucisku szyi wzdłuż przebiegu żył jarzmowych guz powiększa się, zmniejsza się natomiast podczas ucisku zgłębnikiem w miejscu oddzielającem nalewkę od fałdu międzynalewkowego, zabarwienie zaś jego z sinawego przechodzi miejscami w zabarwienie różowe. Po przerwaniu ucisku guz przyjmuje poprzednie rozmiary i barwę.

Powyższe cechy guza pozwoliły nam rozpoznać naczyniak krwionośny krtani o charakterze jamistym. Leczenie rozpoczęliśmy dnia 10 III r. b. od podwiązania tętnicy tarczowej górnej. Badanie krtani tegoż dnia wykazuje nieznaczne zmniejszenie się guza.

27.III dokonano diatermo-koagulacji guza, po uprzedniem znieczuleniu kokainą w direktoskopie *Hasslingera*.

Badanie krtani w 10 dni po dokonanym zabiegu wykazuje normalną błonę śluzową, zupełne cofnięcie się guza — ***restitutio ad integrum.*** Pacjent zaczyna mówić zupełnie normalnym głosem. Diatermo-koagulacja zdaje się być wybiórczą metodą w leczeniu naczyniaków, jest bowiem w pierwszym rzędzie zabiegiem bezkrwawym,

w drugim zaś rzędzie udostępnia sięganie wgłąb guza bez ograniczenia.

Technika diatermo-koagulacji jest następująca.

Zagłębiamy igłę elektrody do tkanki guza, przepuszczając słaby prąd w ciągu 2—5 sekund. Guz w następstwie przeważnie szarzeje lub bieleje, objętość jego znacznie się zmniejsza. Gdy guz jest duży, wkłuwamy igłę kilkakrotnie w różnych miejscach, albo też powtarzamy zabieg po kilku dniach. Dobre wyniki diatermo-koagulacji w naszym przypadku zachęcają nas do dalszego stosowania tej metody w naczyniakach krtani oraz w innych guzach naczyniastych.

---

Z Kliniki chorób gardła, nosa i uszu U. W.
Dyrektor: Prof. Dr. F. Erbrich.

# Otoskleroma.

Podał Dr. med. D. ZUBERBIER, st. asystent Kliniki.

Osłabienie słuchu, a nawet głuchota dość znacznego stopnia u chorych na twardziel nosa i jamy nosowo-gardłowej nie jest objawem rzadkim. W przypadkach tych zwykle stwierdzamy niedrożność nosa, powodowaną obecnością guzowatych nacieków lub blizn, zwężających przewody nosowe lub też zmiany twardzielowe w okolicy otworów gardłowych trąbek *Eustachjusza*. Kilkakrotnie znaleźliśmy znaczne upośledzenie słuchu u chorych ze zrostem podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła, jako następstwem zbliznowacenia twardzielowego, chociaż równocześnie istniejące nacieki twardzielowe w przewodach nosa i gardła górnego nie zamykały ich światła. To osłabienie sprawności narządu słuchowego jedno—lub obustronne znajduje dostateczne wytłumaczenie w upośledzonej wentylacji ucha środkowego i zmian wskutek tego powstałych. Obraz otoskopowy wykazuje w tych razach mniejsze lub większe zmętnienie błon bębenkowych, połączone z ich wciągnięciem, często bliznowatem zniekształceniem, z zanikiem lub zgrubieniem, niekiedy znacznem przekrwieniem. Badanie słuchu poza osłabieniem percepcji mowy zwykłej i szeptu wykazuje wydłużenie *Schwabacha*, *Rinne* ujemny, przesunięcie dolnej granicy słuchu, słowem typowy obraz dla schorzenia ucha środkowego. W następstwie leczenia, po przywróceniu drożności nosa i kateteryzacji trąbek *Eustachjusza*, o ile niema zarośnięcia

otworów trąbek, daje się uzyskać polepszenie słuchu, a nawet powrót do normy.

Opisane powyżej upośledzenie słuchu ma pośredni tylko związek z twardzielą; wykazanie zmian specyficznych uszu środkowych w przypadkach tych jest niemożliwe. Szerzenie się twardzieli przez trąbkę *Eustachjusza* do ucha środkowego, a stąd do przewodu słuchowego zewnętrznego, teoretycznie możliwe, dotąd nie było stwierdzone. O jednym przypadku twardzieli ucha wspomina *Kulikowski* w podanej statystyce twardzieli z Kliniki Wojaczka w Leningradzie.*) Pośród 133 chorych twardzielowych, leczonych w okresie 10-letnim w naszej Klinice, dwukrotnie zanotowano twardziel ucha środkowego, pod postacią przewlekłego polipowatego zapalenia. W jednym przypadku, który przebywał w naszej klinicy przed kilku laty badanie histologiczne usuniętego z ucha środkowego tworu, stwierdziło utkanie ziarniny twardzielowej. Drugi, pozostający pod moją obserwacją, przedstawia się następująco: Chory K. B. lat 41, rolnik z powiatu Kobryńskiego, przybył 5.XII. 1930 roku do Kliniki z powodu zniekształcenia nosa, krwawienia z guzów, które utworzyły się na trzonie nosa przy wewnętrznych kątach oczu, oraz głuchoty. Wywiad wykazuje niezmiernie przewlekły przebieg cierpienia, tak typowy dla twardzieli. Od dziewięciu lat postępujące pogarszanie się słuchu, od roku prawie zupełna głuchota. Na twarzy, po obu stronach nasady nosa, przy wewnętrznych kątach oczu symetrycznie położone guzy wielkości średniej truskawki, miękkie o powierzchni drobnoziarnistej, różowe, łatwo krwawiące. Skóra dokoła nich błyszcząca, cienka, przekrwiona, niebolesna. Nos duży, skrzydełka rozdęte, przez nozdrza uwypuklają się guzy o charakterze ziarninowym. Zupełna niedrożność oddechowa nosa. Podniebienie miękkie zbliznowaciałe, zrośnięte z tylną ścianą gardła. Krtań bez zmian chorobowych. Ucho prawe: w przewodzie skąpa, cuchnąca wydzielina ropiasta. Światło przewodu wypełnia twór polipowaty, czerwony, ziarnisty. Ucho lewe: błona bębenkowa matowa, wciągnięta, w stanie bardzo znacznego zaniku. Odczyn *Bordet—Gengou* ze krwi ze szczepami twardzieli stwierdzonej silnie dodatni. Odczyn *Wassermanna* ujemny. Badanie tworu, usuniętego z ucha prawego dokonane w Pracowni Anatomo-Patologicznej Szpitala Św. Ducha przez Dr. A. *Siedlecką* stwierdziło: ziarnina z bardzo licznemi komórkami plazmatycznemi, komórkami *Mikulicza* i ciałkami *Russella*. Gdzieniegdzie przebiegają pasemka

*) Zentrblt. für Hals-Nasen-Ohrenhlknd. Bd. VII. H 3. 1924.

tkanki łącznej włóknistej; obraz charakterystyczny dla ziarniny twardzielowej. Rentgenogram wyrostków sutkowych i kości skalistych przemawia za zupełną bezpowietrznością ich budowy. Badanie słuchu: Obustronna głuchota w stosunku do mowy zwykłej i szeptu, m o w ę g ł o ś n ą słyszy uchem prawem z odległości 0,3 m., uchem lewem — z 1 m. *Schwabach* wydłużony 24″, *Weber* w prawo, *Rinne* obustronnie ujemny, pole słuchowe dla ucha prawego od $C_{256}$ — $C_{2048}$ dla ucha lewego od $C_{128}$ — $C_{4096}$. Badanie aparatu przedsionkowego wykazuje jego zupełną sprawność.

Chory przebywał w klinice z dwiema krótkiemi przerwami do 14.VII. 1931 r. Leczenie rozpoczęto udrożnieniem nosa drogą operacyjną: wyskrobano masy twardzielowe, wypełniające jamy nosa, elektrodą koagulującą otworzono przepony bliznowate, zamykające nozdrza tylne. Wreszcie przywrócono drożność oddechową nosa przez rozcięcie blizny, zespalającej podniebienie miękkie z tylną ścianą gardzieli. Guzy u nasady nosa zostały zniszczone elektrokoagulacyjnie, poczem chory otrzymał trzy serje naświetlań rentgenowskich na cały odcinek oddechowy górny i uszy. Po zmobilizowaniu podniebienia miękkiego, stwierdza się w rynoskopii tylnej rozległe zmiany twardzielowe i blizny w okolicy ujść trąbek *Eustachjusza*. Kateteryzacja wykazuje zupełną niedrożność prawej oraz znaczne ograniczenie drożności lewej trąbki. Już w okresie drugiej serji naświetlań (4—20. III. 31 r.) na miejscu guzów na twarzy powstały bliznowate zagłębienia, drożność nosa utrzymuje się, zaznacza się drożność trąbek, a z nią występuje wyraźna poprawa słuchu. Ucho prawe: mowa zwykła—0,5 m., ucho lewe—1m. Odtąd co dwa, trzy dni kateteryzacja trąbek, wykazujących postępujące zwiększenie się drożności. Wyciek ropny z ucha prawego ustąpił. W dniu wypisu z Kliniki (14.VII.31 r.) otoskopja wykazuje zupełny brak błony bębenkowej prawej, ściana jamy bębenkowej pokryta drobną ziarniną, wydzieliny brak. Słuch: ucho prawe—mowa zwykła 1 m., ucho lewe 1,5 m., szeptu nie słyszy. Próba *Schwabacha*—25″, *Rinne* obustronnie ujemny, *Weber* w prawo, pole słuchowe dla obu uszu w granicach od $C_{128}$ do $C_{096}$.

W omawianym przypadku mamy do czynienia z twardzielą ucha środkowego, przebiegającą pod postacią przewlekłego zapalenia polipowatego tegoż ucha. Przypuszczać należy, że proces twardzielowy przedostał się z jamy nosowogardłowej per continuitatem przez trąbkę *Eustachjusza* do jamy bębenkowej; przemawia za tem ustąpienie niedrożności trąbki po zniszczeniu nacieków śluzówki jej przez rent-

genizację. Masy twardzielowe, wypełniwszy jamę bębenkową, doprowadziły do zaniku błony bębękowej przez ucisk i przedostały się do przewodu słuchowego zewnętrznego. Czy sklerotyzacja wyrostków sutkowych w omawianym przypadku jest anatomiczną anomalją ich budowy czy stoi ona w związku ze zmianami twardzielowemi ucha środkowego odpowiedzieć trudno. Osiągnięcie wyleczenia twardzieli ucha środkowego na drodze rentgenizacji jeszcze raz potwierdza skuteczność tego sposobu leczenia twardzieli wogóle, wskazując jednocześnie jakie winno być postępowanie w przypadkach przewlekłego zapalenia ucha środkowego, pochodzenia twardzielowego.

---

Z oddziału chirurgicznego Szpitala Św. Trójcy w Kaliszu.
Ordynator Dr. *B. Cegłowski.*

Podał Dr. JAN GODLEWSKI.

# Przypadek rozlanego zapalenia szpiku kostnego szczęki górnej.

Rozlane zapalenie szpiku kostnego kości szczękowej i płaskich kości czaszki należy do cierpień bardzo ciężkich, dających zawsze rokowanie wątpliwe i najczęściej śmiertelnych. Na szczęście cierpienie to jest dość rzadkie. Według *Szmurły* na 250 przypadków cierpień gardła i jamy ustnej, spostrzeganych w ciągu 4-ch lat w Laryngo-otjatrycznej Un. Klinice Wileńskiej, było 7 przypadków zapalenia ropnego szpiku kostnego, w tem — 4 szczęki dolnej i 3 — górnej. Według tegoż autora w polskiej literaturze istnieje opis jednego przypadku zakończonego śmiercią wskutek zapalenia szpiku kostnego płaskich kości czaszki po operacji lewej zatoki czołowej, podany przez *Sołowiejczyka i Karbowskiego.* Pracując w ciągu kilku lat (1926—1929) w Warszawskiej Uniw. Klinice Laryngootjatrycznej podobnego cierpienia nie spotykałem. Podkreślam, że mowa tutaj o postaci rozlanej zapalenia szpiku kostnego.

Zapalenie tego rodzaju występuje przedewszystkiem, jako powikłanie po operacjach na zatokach bocznych nosa, głównie zatoki czołowej (*Hajek Burger*), po usunięciu zęba, w przebiegu chorób zakaźnych (tyfus) oraz jako powikłanie ostrych i przewlekłych spraw zębowych. *Roepke* w swej pracy na 16 przypadków *osteomyelitis* kości czaszki — w 9-u stwierdza, jako przyczynę, powikłanie pooperacyjne. *Tilley* publikuje dwa stracone przypadki po operacji

wskutek powikłań w kości — *osteomyelitis*. *Neil Maclay* opublikował dwa przypadki, w których po wewnątrznosowem rozszerzeniu ujść zatok czołowych wystąpiło zapalenie szpiku kostnego kości czołowej; z nich jeden skończył się śmiercią, w drugim po wielokrotnych zabiegach operacyjnych nastąpiło wyleczenie. Zapalenie szpiku kostnego, występujące po usunięciu zęba, należy uważać za bardzo poważne powikłanie (*Nühsmann*). Jako możliwe źródła infekcji opisywano również ciężkie formy *stomatitis* (szczególniej postać nekrotyczna), które spostrzegano po odrze i szkarlatynie (*Pocken*).

Pierwotne zapalenie szpiku kostnego szczęki górnej, pomijając przypadki pochodzenia zębowego, u dorosłych spostrzega się bardzo rzadko, częściej natomiast daje się zaobserwować u niemowląt i dzieci w pierwszych latach życia (*Nühsmann*). Wogóle zapalenia szpiku kostnego kości czaszki daleko częściej spotykają się u osobników młodych niż u dorosłych (zwykle w II-im i III-im dziesiątku lat życia) *Burger*, *Hajek*. Tłumaczy się to tem, że tutaj *diplöe* jest silnie wykształcona. W ten sposób również objaśniają *Luc i Sieur-Rouvillois* w obserwowanych przez siebie przypadkach przewagę kobiet nad mężczyznami (16 na 9). Już *Breschet* wykazał, że *diplöe* u kobiet jest dobrze rozwinięta.

Jeżeli chodzi o przebieg kliniczny, to należy w pierwszym rzędzie zwrócić uwagę na postać o przebiegu gwałtownym, burzliwym. W tego rodzaju przypadkach proces z wysoką gorączką i objawami septycznemi idzie niepowstrzymanie naprzód, zarówno *per continuitatem* jak i przez żyły *Breschet'a* i w ciągu kilku dni prowadzi do zejścia śmiertelnego. Pomyślniejszą jest, tak zwana, forma pełzająca *„schleichende"* (*Burger*), w której proces zapalny w szpiku kostnym jest ograniczony przez dłuższy czas na otoczeniu schorzałej zatoki i dopiero stąd szerzy się dalej na graniczące kości. Już *Breschet* bowiem wykazał, że szwy czaszkowe po większej części nie stanowią przeszkody dla posuwania się procesu. Wskutek tego w najbardziej odległych miejscach czaszki mogą się pojawiać nowe ogniska osteomyelityczne. Żyły, przebiegające pomiędzy obu blaszkami płaskich kości czaszki, komunikują nazewnątrz z podskórnemi, nawewnątrz z żyłami opony twardej. W ten sposób łatwo się objaśnia, że w dużym odsetku przypadków zapalenie szpiku kostnego przebiega równocześnie z ropniem podokostnowym albo podskórnym, jak również z ropniem zewnątrzoponowym (*Burger*).

Rokowanie jest zawsze poważne, najwięcej niepomyślne w przypadkach pooperacyjnych (*Burger*); większość chorych ginie po więk-

szej części wskutek powikłań wewnątrzczaszkowych, co zgodnie podkreślają *Hajek, Burger, Gerbers, Mac Kenzie* i inni i co również miało miejsce w przypadku, poniżej opisanym, w którym przyczyną śmierci było ropne zapalenie opon mózgowych.

Co się tyczy leczenia, to daje ono według doświadczenia większości rinologów bardzo słabe wyniki. Przy *osteomyelitis diffusa* z reguły pomimo natychmiastowego wkroczenia operacyjnego proces szerzy się dalej i przeważnie pomimo dalszych operacji prowadzi do zejścia śmiertelnego. Oprócz tego rokowanie pogarsza się przez to, że proces po chwilowem zdawałoby się wygojeniu znowu wybucha i szybko się szerzy. I tylko wtedy, kiedy się operuje bardzo radykalnie, usuwając tkankę kostną daleko poza granice widocznego schorzenia, można się spodziewać dobrego wyniku. Takie przypadki są opisywane w literaturze (*Wildenberg, Tilley, Irvin, Moure* — 12 razy operował jeden przypadek, *von Eicken*). Według zapatrywań niektórych autorów w poszczególnych przypadkach osiągnięto dobre wyniki lecznicze przy pomocy kąpieli świetlnych (*Claus*).

W celu uniknięcia powikłania ze strony tkanki kostnej po operacji nie należy zbytnio usuwać okostnej. Przy usuwaniu brzegów kostnych blisko okostnej, należy używać świeże dłuta, jeszcze nie zainfekowane (*Hajek*).

Widzimy z tego, że rozlane zapalenie szpiku kostnego kości szczękowych i płaskich kości czaszki jest to bardzo poważne cierpienie. Aczkolwiek rzadko się spotyka, jednak należy mieć je na uwadze W związku z tem właśnie podaję do wiadomości kolegów przypadek, jaki miałem możność zaobserwować w listopadzie 1930 r. na oddziale chirurgicznym szpitala Św. Trójcy.

Dnia 9.XI 1930 r. przywieziono o godz. 13-ej z Izby Chorych tutejszego garnizonu chorego żołnierza Kr. J., lat 21, z powodu wysokiej gorączki (dziś rano przeszło 40$^0$), silnych bólów w okolicy prawego policzka oraz silnego obrzmienia tegoż miejsca.

*Wywiad.* Przed czterema dniami rano zgłosił się do ambulatorjum wojskowego z powodu bólu zęba. Ordynujący lekarz po zbadaniu stwierdził ubytek w pokrywie zewnętrznego siekacza prawej strony górnej szczęki i skierował go do dentysty. Po dwóch dniach ten sam chory zgłosił się rano powtórnie do ambulatorjum z wysoką gorączką i dreszczami. Został też wskutek tego zaraz umieszczony w Izbie Chorych garnizonu na obserwacji. Wkrótce potem wystąpił bolesny obrzęk na prawej połowie twarzy w okolicy policzka, połączony z katarem i zupełną niemożnością oddychania

przez nos. Wobec nasilających się objawów miejscowych i złego stanu ogólnego (bardzo wysoka gorączka, wymioty) skierowany został do szpitala.

*Stan obecny.* Wzrost wysoki, budowa prawidłowa, silna. Powłoki skórne z odcieniem różowawym. Tkanka podskórna dobrze rozwinięta, odżywianie dobre. Śluzówki różowe. Temp. 39,4⁰. Tętno 128 na min., miarowe dobrze wypełnione i napięte.

Chory zupełnie przytomny, na wszystkie pytania odpowiada.

Czaszka przy ucisku i opukiwaniu niebolesna. Źrenice równe, na światło reagują prawidłowo. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Okolica prawego policzka silnie wygórowana. Skóra w miejscu wygórowania zaczerwieniona, napięta. Obmacywaniem stwierdzamy silną bolesność dotykową w okolicy przedniej ściany jamy Highmora. Chełbotania nie stwierdza się.

Nos. Prawie zupełna niedrożność obu przewodów; zarówno z prawego jak i z lewego przewodu spływa wydzielina surowiczo-krwawa. Przewód prawy—bardzo silny obrzęk, zaczerwienienie i powiększenie dolnej muszli, ściśle przylegającej do przegrody i dolnej ściany przewodu; ta ostatnia również obrzmiała i zaczerwieniona, jakby zlekka wypuklona. Przegroda skrzywiona wprawo. Przewód lewy — w przewodzie obfita śluzowa wydzielina; błona śluzowa zaczerwieniona i rozpulchniona, muszle powiększone.

Jama ustna, gardło—błona śluzowa języka, tylnej ściany gardła sucha, czerwona. Na wewnętrznym brzegu II-go prawego siekacza górnej szczęki duży ubytek szkliwa. Ząb ruchomy, przy postukiwaniu niebolesny. Opukiwanie zębów prawej połowy górnej szczęki — niebolesne. Śluzówka w okolicy przedniej powierzchni prawej jamy Highmora obrzęknięta, czerwona i bolesna przy ucisku. Chełbotania nie stwierdza się.

Uszy — okolice wyrostków sutkowych bez widocznych zmian. Otoskopja—obustronnie norma,

Objawy oponowe — brak.

Narządy wewnętrzne (Dr. *A. Paczesny*)—prawidłowe.

Po zbadaniu rozpoznano — Highmoritis exsudativa ac. dextra. Rhinitis ac.

Zaordynowano następujące leczenie: 1) Zastrzyknięto domięśniowo 2 cm$^3$ szczepionki według Delbeta f. „Klawe". 2) Antipyrini 5,0. Piramidoni 1,0, Coffeini nbenz. 1,5, Aq. destill. 180.0, MDS 3 razy dziennie po łyżce stołowej. 3) Solut. adrenalini $^1/_{1000}$ 4,0, Aq. destill.

20,0 MDS. Co 2 godziny po 5 kropli do nosa. 4) Kompresy z wody Burowa pod ceratką na okolicę prawego policzka.

Niestety choroba poszła bardzo szybko naprzód i całkiem inaczej, aniżeli to można było początkowo przypuszczać.

Mianowicie chory, który pomimo wysokiej gorączki wieczorem czuł się nieźle, o godz. 2-ej w nocy nagle stracił przytomność; poprzednio wymiotował. Jednocześnie wystąpiły objawy zapaści.

Leczenie: 1) Cardiaca, 2) Zastrzyknięto 1000 $cm^3$ soli fizjologicznej. Rano dnia 10.XI 30 r. przy badaniu stwierdzono: chory nieprzytomny, źrenice zwężone, nie reagują na światło. Temper. $37,8^0$. Tętno—128 na min., miarowe, średnio napięte i wypełnione. Wyraźne objawy oponowe: sztywność karku, objaw Kerniga.

Ponad II-gim siekaczem górnej szczęki (prawym) chełbocące wygórowanie. Po nacięciu tego miejsca wydzieliła się bardzo cuchnąca ropa. Nacięcie rozszerzono, usunięto ząb (siekacz II-gi prawy górnej szczęki), który na wierzchołku korzenia miał zgorzelinową torbiel. Wydłutowano ściankę wyrostka zębodołowego, zgorzelinowo zmienioną, przyczem zgorzel zachodziła na raphę szczęki. Otwarto również jamę Highmora; wydzielina z niej krwawa cuchnąca. (Operacji dokonał Dr. *B, Cegłowski* w asystencji Dr. *M. Cichockiego*).

Nakłucie lędźwiowe w pozycji leżącej: płyn mózgowordzeniowy mętny, wypływa pod znacznem ciśnieniem.

Stan chorego ciężki. Stale nieprzytomny, niespokojny. Leczenie: In. intravenosa 10,0 $cm^3$. Glucosal et 10,0 $cm^3$. Hemtysal.

Chory zmarł o godz. 14-ej 30 min.

Wynik badania płynu mózgowordzeniowego (badanie wykonano w pracowni szpitalnej—kierownik Dr. *M. Wasilczenko*): płyn mętny. Białko — 6,66‰. Odczyn Nonne-Apelt'a wybitnie dodatni. Liczne ciałka ropne. Drobnoustrojów nie znaleziono.

Rozpatrując przypadek wyżej opisany, przedewszystkiem należy ustalić rozpoznanie. Będzie ono następujące: *osteomyelitis diffusa maxillae super. dextr. Leptomeningitis purulenta.* Przyczem to ostatnie było przyczyną zejścia śmiertelnego. Punktem wyjścia sprawy był niewątpliwie chory ząb (II-gi siekacz prawy) górnej szczęki, który na wierzchołku miał zgorzelinową torbiel. Oczywiście, że zaraz po przyjęciu na oddział należało ząb usunąć. Chociaż w danym wypadku, wobec złośliwości infekcji w ostatecznym wyniku rezultat byłby ten sam, gdyż według mego zdania już wtedy, t. j. w dniu przyjęcia, przypadek ten był nie do uratowania, Jednak sprawa chorobowa, istnie-

jąca na wierzchołku zęba, mogła skierować uwagę, czy niema procesu chorobowego w kości szczęki.

Poza tem zasługuje również na uwagę niezmiernie szybki rozwój i przebieg sprawy chorobowej oraz zapalenia opon mózgowych, które to sprawy rozwijały się w tempie wprost błyskawicznem. Wyżej opisany przypadek jest ciekawy zatem, primo ze względu na rzadkość cierpienia, secundo ze względu na sam jego przebieg.

### Piśmiennictwo.

1) Burger H. Die endokraniellen Komplikationen der Nasennenbenhöhleentzündungen. Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. A. Denker und O. Kahler. 1926. Band II. 2) Hajek M. Pathologie und Theraphie d. entzündl. Erkrank. der Nebenhöhleu d. Nase. 1925. 3) Klapp R., Bange F. u. Ernst F. Die Chirurgie des Gesichtes, des Oberkiefers und des Unterkiefers. Die Chirurgie. M. Kirschner, O. Nordmann. 1927. Band IV 1 Teil. 4) Laskiewicz A. Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe w przebiegu ostrych i przewlekłych zapaleń jam bocznych nosa. Polski Przegląd Oto-Laryngolog. Tom VI. Zesz. 2—3. 5) Nühsmann Th. Die entzündlich. Erkrankungen der Kieferhöhle. Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. A. Denker und O. Kahler. 1926. Band II. 6) Szmurło J. Powikłania wewnątrzczaszkowe i oczodołowe spraw zapalnych ostrych i przewlekłych jam bocznych nosa. Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny. Tom VI. Zesz 2—3. 7) Szmurło J. Choroby jamy ustnej, gardła i przełyku. 1930.

---

Z oddziału otolaryngologicznego Szpitala żydowskiej Gminy Wyznaniowej w Krakowie.
(Ordynator Dr. *Adolf Schwarzbart*).

# Przyczynek do symptomatologji i kazuistyki utajonych ropni mózgowych pochodzenia usznego.

Podał Dr. ADOLF SCHWARZBART.

Ropień mózgowy pochodzenia usznego (r. m. p. u.) nie był nigdy częstem zdarzeniem. W klinice Körnera w Rostoku spostrzegano do roku 1923 wszystkiego przypadków 45, w klinice otologicznej wiedeńskiej w ciągu lat 18 (1908—1925) przypadków 123, a zatem zaledwie 7 rocznie. Liczby te doznają jeszcze przez to ograniczenia, że obejmują one prawdopodobnie (a w klinice Körnera napewno) także i te przypadki, które rozpoznano dopiero na stole sekcyjnym. Przypadków zaś tych jest niemało, gdyż np. w klinice ostatnio wy-

mienionej stanowią one 22%. Wszelako i w tych razach, gdy udało się rozpoznać chorobę za życia, zdaje się, iż rozpoznanie to następowało przeważnie dość późno. Za słusznością tego przypuszczenia przemawiają dwie okoliczności. *Pierwszą* jest statystyka śmiertelności. Wyraża się ona np. w podanym wyżej materjale kliniki wiedeńskiej w deprymującej liczbie 103 na 123. Stanowi to śmiertelność 84%. *Drugą* jest statystyka przyczyn zejścia śmiertelnego. Znaleźć ją można w książce Körnera — Grünfelda p. t. „Die Erkrankungen des Hirns, der Hirnhaute und der Blutleiter. Rok 1925, str. 193".

Ze stwierdzeniem rzadkości ropnia mózgowego pochodzenia usznego, która już sama przez się usprawiedliwia podanie do wiadomości każdego przypadku, łączy się refleksja, że właśnie ta rzadkość stoi na przeszkodzie ugruntowaniu się należytej diagnostyki tego cierpienia. Niedostateczność zaś diagnostyki, utrudniając lub uniemożliwiając wczesne rozpoznanie, przyczynić się musi do pogorszenia rokowania. Wśród takich okoliczności ugruntowało się w symptomatologji ropnia m. p. u. złowróżbne i ściśle negatywne pod względem klinicznym pojęcie „okresu utajenia". Wprawdzie ma się często wrażenie, że przebieg ropnia m. p. u. zależy w niemałej mierze od pierwotnych właściwości tegoż, t. j. od sumy czynników endogenicznych danego przypadku. Okoliczność ta służyć może dla diagnosty i operatora poniekąd za uciszenie wątpliwości w razie niekorzystnego mimo wszelkich wysiłków zejścia choroby. Podkreślanie jednak tego czynnika fatalistycznego jest błędne, po pierwsze bowiem r. m. p. u. w razie późnego rozpoznania nawet i w tym wypadku, gdy zejście jest korzystne, prowadzi niejednokrotnie w ciągu swego rozwoju do szkód niepowrotnych, po drugie nie można przeoczać, iż w przebiegu względnie nawet dobrotliwego ropnia może wystąpić nagle zwrot krytyczny wskutek zajęcia opon lub przebicia do komory, z tego powodu zachowuje zupełną aktualność stwierdzenie O. Körnera, że *„wczesne rozpoznanie ropnia m. p. u. musi być uważane za najważniejsze zadanie przyszłości* i że ukształtowanie się symptomatologji tej choroby w dobie obecnej nie może być jeszcze uważane za zakończone".

Co do symptomatologji należy wskazać w szczególności na wytyczne H. Neumanna podane przez tego autora na przedostatnim zjeździe niemieckich otolaryngologów, a mianowicie, iż przy dochodzeniu do rozpoznania ropnia m. p. u. *nie wolno bynajmniej czekać na wyraźne objawy ogniskowe.* Przesadne opieranie się o te objawy czyni Neumann odpowiedzialnem za pogorszenie się wyników

statystycznych ostatnich lat w leczeniu ropni m. p. u. i domaga się, by *częściej niż dotąd decydować się na punkcję mózgu na podstawie objawów ogólnych*, „gdyż w ten sposób niejeden przypadek, w innym razie stracony, może być uratowanym".

Temu postulatowi Neumanna pragnąbym nadać to węższe znaczenie, iż *dążyć należy drogą jak najdokładniejszej obserwacji klinicznej do jak najdalszego zwężenia pojęcia „okresu utajenia"*. Po przytoczeniu historji chorób zwrócimy uwagę na parę symptomów, dających się w tym sensie zużytkować. Pozatem drugi z przytoczonych przypadków zasługuje jeszcze na uwagę jako rzadkość kazuistyczna.

Przypadek 1). Pacjent St. A., lat 10, operowany w 3-cim wzgl. 4-tym roku życia dwukrotnie gdzieindziej z powodu prawostronnej poszkarlatynowej Otitis media acuta et mastoiditis wzgl. z powodu niedostatecznego wygojenia. Po drugiej operacji rana za uchem zabliźniła się, natomiast od czasu do czasu występowały nawroty wycieku ropnego z ucha. Słuch, miał być stale dobrze utrzymany.

Przed tygodniem pacjent zachorował na grypę z wysoką gorączką. Od dwóch dni ropny wyciek z prawego ucha i bóle za uchem. Dnia 16.XI 1028 roku wezwano mnie do pacjenta. St. praes. Stan ogólny i odżywienie dobre. Sensorjum prawidłowe. Temp. 38. Tętno 96, regularne, dobrze napięte. Mierny śluzowy ropny wyciek z prawego ucha. Błona bębenkowa zaczerwieniona z przedziurawieniem szczelinowatem od przodu i miernem opadnięciem tylno-górnej ściany przewodu. Słuch: 1—2 m dla szeptu. Poza uchem w miejscu typowem dla antrotomji blizna zrośnięta z kością, szeroka i keloidowo zgrubiała. Tamże tkliwość uciskowa i nieznaczne obrzmienie. Poza tem wynik badania otolaryngologicznego jako też narządów wewnętrznych ujemny.

W następnych dniach gorączka, obrzmienie kości i bolesność uciskowa za uchem zwiększają się, blizna wypukla się, wreszcie dnia 22.XI, powstaje wyraźne chełbotanie. W tymże dniu operowałem pacjenta przy temp. 39.1. Zabiegu doszczętnego ze względu na dane co do słuchu, utrzymaną błonę bębenkową i względnie małe zmiany w okolicy aditus nie wykonałem. Obraz zmian ropnych w kości, zresztą w znacznym stopniu już przy dawniejszych zabiegach usuniętej, nie przedstawiał nic szczególnego. Warstwa zbita nad zatoką esowatą nie zmieniona, zatoki nie odsłonięto. Natomiast sięgały zmienione chorobowo komórki aż do twardej opony średniego dołu czaszkowego. Oponę na przestrzeni 1.5 cm odsłonięto. Okazuje się miernie zgrubiałą, zresztą niezmienioną, tętni nieznacznie, napięcie jej wydaje się prawidłowe.

W ropie znaleziono gronkowce (dr. Eisenberg). Ranę setonowano, nie szyjąc zupełnie, temperatura wróciła szybko do normy, przebieg pooperacyjny nie pozostawiał nic do życzenia. Po kilku dniach inteligentny i ruchliwy mały pacjent przedstawiał obraz pełnego ozdrowienia, czytał, zabawiał się rozmową i poruszał się swobodnie w łóżku.

Dwa symptomy, które dopiero retrospektywnie zostały przezemnie właściwie ocenione, można było w tym okresie spostrzegać: 1) dwukrotnie, w parodniowych odstępach skarżył się pacjent na mrowienie i lekkie uczucie drętwienia w palcach u nóg i w nogach. W czasie tym nogi były chłodne w dotknięciu, równocześnie występowała mierna apatja i małomówność, temperatura była niezmiennie prawidłowa, zaś tętno było w tym czasie zwolnione do 60 uderzeń. Równocześnie istniało zatwardzenie, a po zastosowaniu z tego powodu hegara, wraz z należytem wypróżnieniem zupełnie ustępowały każdorazowo także i wszystkie inne wymienione objawy. Lekarz domowy pacjenta rozproszył moje zaniepokojenie upewnieniem, że taki zespół objawów spostrzegał u niego wielokrotnie w czasach zupełnego zdrowia. 2) Przy zmianach opatrunków uderzało wrażenie pewnego wypuklenia w okolicy odsłoniętej opony, pokrytej na dnie rany skąpą ziarniną Wypuklenie to zdawało się w ciągu dni raczej wzrastać.

Dnia 4.XII pacjent nalegał na opuszczenie łóżka i był też zdolnym rzeczywiście do swobodnej lokomocji. Dnia następnego, a zatem w 13 dniu po operacji wystąpił po raz trzeci nagle podobny zespół, jak pod 1) opisano. Równocześnie temperatura lekko się podniosła, a tętno przeciwnie spadło poniżej 50. Pacjent skarży się na ból w prawem oku. Apatja przeradza się w senność Teraz obraz zmienia się w szybkiem tempie.

Wynik badania neurologicznego dnia 6.XII: zamroczenie i zwężenie świadomości z otępieniem. Nerwy czaszkowe bez zmian. Objawy lekko zaznaczonego lewo-stronnego porażenia, szczególnie w obrębie l. d. kończyny, którą pacjent (w okresach jaśniejszej świadomości) podnosi niedostatecznie i szybko opuszcza. Odruch rzepkowy i Achillesa po lewej stronie wzmożony, Babiński lekko zaznaczony sfera czuciowa niezmieniona.

Punkcja lędźwiowa: Płyn mózgo-rdzeniowy jest wodojasny i odpływa pod wzmożonem ciśnieniem, 20 leukocytów w polu widzenia, Pandy silnie +, Nonne — Appelt słabo +, wynik badania bakterjologicznego ujemny. Oftalmoskopja: lekkie obrzmienie brodawki nerwu, wzrokowego po stronie prawej.

Badanie internistyczne nie wykazuje zmian. Rozpoznanie *prawostronnego ropnia płata skroniowego mózgu* nie może ulegać wątpliwości. Z powodu braku zezwolenia ojcowskiego przystąpiłem do zabiegu dopiero dnia 8.XII. W tym czasie pacjent jest zupełnie nieprzytomny, tętno 40, silnie napięte, nieregularne i przepuszczające, temperatura miernie podwyższona, objawów meningealnych niema. Od 24 godzin pacjent nie przyjmuje pokarmów.

Zabieg: Antroatticotomia conservativa. Wydatne rozszerzenie otworu kości na oponie twardej średniego dołu czaszkowego. Punkcja płata skroniowego ku przodowi i górze wykazuje ropę w głębokości 2 cm. Rozcięcie opony twardej na krzyż i otwarcie ropnia na tępo, poczem wydala się koło 4 łyżek ropy. Drenaż miękką gumową rurką odbytniczą. Dren stopniowo skracany, pozostaje w ranie przy codziennych opatrunkach i przepłukiwaniu wodą utlenioną przez 3 tygodnie, poczem go zupełnie usunięto.

Dnia 20.I 1929 r. rana skórno-kostna jest zupełnie zabliźniona. W lutym zniknęły resztki ropienia z ucha, a otoskopia wykazuje błonę bębenkową utrzymaną, bliznowato zmienioną. Definitywna b. sł. 5 m dla szeptu. Badanie neurologiczne wykazuje stosunki prawidłowe. Ozdrowieniec uczęszcza do szkoły, uprawia sporty i pozostaje stale do obecnej chwili (1931) zdrowym.

Przypadek 2. Ośmiomiesięczny pacjent płci męskiej S. G z Bielska zachorował przez 4-ma tygodniami na grypę z wysoką gorączką. Trzy dni później obustronna paracenteza z powodu otitis media purulenta, poczem mierny wyciek ropny z uszu, jednakowoż temperatura, wynosząca od pierwszej chwili choroby koło $39^0$ do $40^0$ nie opadła po zabiegu i stała się z czasem intermitująca ($37^0$ — $40^0$), Ten stan utrzymuje się od 3-ch tygodni przy dobrym stanie ogólnym i miernem odżywianiu.

Dnia 28.XI 1930 r. wezwano mnie konsyljarnie do pacjenta. St, praes. Dobrze zbudowane i miernie odżywione dziecko. Temperatura w porze południowej 39.7. Tętno silnie przyśpieszone, sensorjum wolne. Obustronny mierny wyciek śluzowo-ropny z uszu. Błony bębenkowe zaczerwienione, soczysto nacieczone i wypuklone, szczelinowate przedziurawienia w przednio-górnej części z tętniącą wydzieliną. Obustronnie, lecz więcej po stronie prawej, opadnięcie tylno-górnej ściany przewodu. Na wyrostkach sutkowych i poza tem rhinolaryngologicznie żadnych zmian. Brak oczopląsu, brak objawów meningealnych. Wynik badania internistycznego ujemny.

Rozpoznanie: *Otitis media acuta perfor. bilat., mastoiditis. Complicatio septica suspecta. Observatio.*

Po obustronnej szerokiej paracentezie na krótki czas zwiększa się wydzielina z uszu, a temperatury nieco się obniżają (najwyższa 38), by wrócić wnet do pierwotnej wysokości.

30.XI. Temperatura 40. Badanie pediatryczne z wynikiem ujemnym. Mocz bez zmian patologicznych. Badanie krwi wykazuje: Leukocytów 17.000 w $mm^3$. Preparat mazany wykazuje odsetkowo: Myelocytów (My) 0, Młodocianych (Mł) 1, Pałeczkowatych (Pał) 3, Wielojądrzastych (W) 57.5, a zatem łącznie Neutrofilów (N) ziarnistych 60.5, Monocytów (M) 8.8, Limfocytów (Li) 28.5, Eozynofilów (E) 0.7, Bazofilów (B) 0.5 i komórek Plazmatycznych (Pl.) 0.

1.XII. Obustronna antrotomja wykazuje po prawej stronie strukturę kostną gąbczastą bardzo ubogą w komórki sutkowe. Kość silnie rozmiękła, ropy mało. Zmiany kostne sięgają aż do opony twardej średniego dołu czaszkowego. Odsłonięto oponę średniego dołu czaszkowego na przestrzeni koło 2 cm średnicy. Opona wyraźnie zgrubiała, bez połysku, nieznacznie tętniąca, lecz zresztą nie zmieniona i prawidłowo napięta. Z punkcji podoponowej, do której nie było wyraźnego wskazania, narazie zrezygnowałem. Również okolicy zatoki esowatej, która nie przedstawiała zmian, nie odsłonięto Po stronie lewej struktura kości i zmiany w niej podobne jak po prawej, jednakowoż zmiany były znacznie mniej rozległe, a do odsłonięcia opony ani zatoki nie było wskazania. Obustronnie antrum małe, w jego okolicy wydobywa się z ucha środkowego parę kropli ropy.

Badanie bakteriologiczne ropy z ran wykazało obustronnie łańcuszkowce, hodowla wykazuje formę anhemolityczną, jednakowoż po stronie prawej także kilka kolonii streptococcus mucosus (dr. Eisenberg).

Podczas następnych 8-miu dni temperatura miernie obniżyła się, straciła charakter skaczący i utrzymywała się pomiędzy 37.5$^0$ — 38.5$^0$. Objawów septycznych ani meningealnych nie stwierdza się, przebieg gojenia rany prawidłowy. Ruchliwość i stan ogólny dziecka nieszczególne, apetyt dość mierny. Dwa dalsze badania krwi dają wynik następujący:

4.XII. Leukocytów w $mm^3$ 26.000. Odsetkowo My. 0, Mł. 0.4, Pał. 6, W. 63.3, a zatem N. 70.2, Mon. 9.6, Li. 19.6, E. 0.7, B. 0.4, Pl. 0.

9.XII. Leucocytów w $mm^3$ 21.000, odsetkowo: My. 0, Mł. 1.3, Pał. 8, W. 40, a zatem N. 49.3, Mon. 11.7, Li. 38, E. 1, B. 0, Pl. 0.

Wszystkie badania krwi wykonał prof. Rettinger.

Wobec niewyjaśnionej sytuacji i podejrzanego wypuklania się

odsłoniętej opony twardej, zdecydowałem się dnia 9.XII na punkcję prawego płata skroniowego mózgu poprzez odsłoniętą oponę. Punkcja ta, wykonana w kilku kierunkach do głębokości 1,5 cm., wypadła ujemnie. W dniu punkcji najwyższa temperatura wynosiła 38. W tym że dniu rozpoczęto stosowanie autowakcyny. Dawka początkowa 50 miljonów, dawka najwyższa 150 miljonów. Dnia 17.XI wynosiła łączna ilość zastrzyków 5. Już dnia 9.XII wykazywała temperatura tendencję obniżania się, a od dnia 14.XII była stale prawidłową lub niemal zupełnie prawidłową (najwyższa 37 in ano). Także stan ogólny poprawiał się widocznie, dziecko było bardzo ożywione, śmiało i bawiło się, spało dobrze, odżywiało się chętnie i obficie, wyglądało znacznie lepiej, siedziało lub było noszone na rękach i okazywało żywe zainteresowanie dla otaczających przedmiotów i osób, przebieg gojenia się rany był prawidłowy. Wśród takich okoliczności zacząłem skłaniać się do korzystnego rokowania, a z dalszych badań krwi, zwłaszcza wobec oporu rodziców, zrozumiałego wobec doskonałego stanu dziecka, zrezygnowałem. Znaczenie jedynego symptomu mogącego zastanowić, t. j. uwydatniającego się wyraźnie na dnie prawostronnej rany wypuklenia okolicy oponowej—miało dopiero później należycie być ocenione.

Dnia 19.XII, t. j. 10 dni po pozornem rozpoczęciu się poprawy stanu ogólnego, a w szóstym dniu utrzymujących się prawidłowych temperatur, bez żadnych zwiastunów, nagle zjawił się atak drgawek. Pośpieszywszy do łóżka pacjenta stwierdziłem typowy lewostronny atak Jacksonowski niesłychanie gwałtowny. Rytmiczne drgawki miotają całą lewą stroną ciała z włączeniem nerwu twarzowego. Obustronny szybki oczopląs ze składową pionową. Dziecko nieprzytomne, oddech bardzo powierzchowny, tętno małe i nieobliczalne, skóra blado-sina, piana na wargach, kończyny lewostronne porażone (t. j. w momentach wolnych od drgawek opadają bezwładnie). Krótko mówiąc mam przed sobą groźny obraz prawostronnego *przebicia ropnia mózgu do bocznej komory.* W międzyczasie zastosowany hegar z chloralhydratem pozostaje bezskuteczny. W oczach drgawki przechodzą na drugą stronę ciała. Życie zdaje się zagrożonem. Zaimprowizowana przy łóżku chorego punkcja mózgowa wykazuje w głębokości 3-ch cm. w płacie skroniowym śmietankowatą ropę, której wyaspirowano 0,5 $cm^3$ do strzykawki Recorda. Po tej punkcji próbnej i dekompresji cofa się atak szybko, oczopląs znika, przytomność powraca, lewostronne porażenie utrzymuje się. (O natychmiastowem otworzeniu ropnia ze względów technicznych nie można było myśleć).

Dwie godziny później rozszerzenie szczeliny kostnej, przecięcie opony twardej i mózgu. Zabieg ten wykazuje wielkie ognisko rozmiękczynowe w płacie skroniowym, nie ujawnia jednak już ropy: prawdopodobnie spłynęła do komory. Ognisko to zdrenowano cienką rurką gumową. Bezpośrednio po zabiegu znika porażenie, a w $^{1}/_{2}$ godziny później dziecko jest zadziwiająco rzeźkie, jakkolwiek osłabione.

Dnia 20.II obfity wyciek płynu mózgowego, który zmusza do usunięcia drenu. Zastąpiłem go wąskim setonem z gazy, miernym opatrunkiem uciskowym i odpowiedniem ułożeniem dziecka na stronę lewą. Odpływ płynu zmniejsza się, natomiast temperatura podskakuje w południe na 40$^{0}$. Badanie neurologiczne (prof. Artwiński) wykazuje ślad sztywności mięśni karkowych, poza tem brak objawów meningealnych. Pobieranie pokarmów bardzo skąpe. Wymiotów niema.

21.II. Wyciek płynu mózgowego ustaje. Stwierdza się wypadnięcie tkanki mózgowej, z rany mózgowej wydobywa się po wyjęciu gazy rozmiękła tkanka mózgowa. Temp. 39$^{0}$.

22.II. Sztywność karku, stan ogólny zły, tętno i oddech silnie przyśpieszone, dziecko pokarmów nie przyjmuje, porażeń wyraźnych nie stwierdza się.

23.II zejście śmiertelne w stanie nieprzytomnym.

Epikryza: Co do wieku ropni, to pierwszy niewątpliwie ma charakter przewlekły, zaś drugi jest szczególnie ciekawy i rzadki jako ostry ropień mózgowy pochodzenia usznego w wieku oseska. W tym kierunku przytoczymy kilka dat statystycznych. Jansen podaje statystykę 5.150 schorzeń usznych, z pośród których wypada 2500 na schorzenia ostre z jednym ropniem mózgu. Wedle Grunerta wynoszą ostre ropnie mózgu 9$^{0}/_{0}$ ogólnej ich liczby. Z zapodania pierwszego wynika, iż odsetkowa częstość ostrych ropni mózgowych p. u. w ogólnej liczbie schorzeń usznych wynosi około 2$^{0}/_{0}$, zaś z obu zapodań wynika, że przybliżony stosunek ropni ostrych do przewlekłych jest mniej więcej 1 : 10 do 1 : 8.

Według statystyki Heimana przypada na 523 ropni m. p. u. 20, a zatem mniej niż 4$^{0}/_{0}$ na pierwsze 5 lat życia; według analogicznej statystyki Blaua na 353 przypadków wypada 11, a zatem około 3$^{0}/_{0}$ na ten okres życia. Z tej liczby przypada na mózg $^{2}/_{3}$, zaś $^{1}/_{3}$ na móżdżek. Kombinując wszystkie te wypadki, dochodzimy do wniosku, że ostry ropień m. p. u. pierwszych 5 ciu lat życia zdarza się nieco więcej jak *raz* (dokładniej 1.3) na miljon przypadków schorzeń usznych. Jeszcze rzadszem jest to zdarzenie w wieku oseska. Nie można

się więc dziwić, jeśli Beck, opisując podobny przypadek, nie jest w stanie znaleść analogicznego przypadku w piśmiennictwie fachowem. (Niesłychana rzadkość tego wypadku może też służyć za usprawiedliwienie chwiejności decyzji i techniki punkcji mózgu w moim przypadku, 2),—punkcji, która niestety za pierwszym razem wypadła negatywnie, a za drugim była spóźniona).

Oba przypadki przedstawiają czyste ropnie mózgowe. Objawy meningealne w przyp. 2-im wystąpiły dopiero terminalnie.

Co do drogi zakażenia, to w obu przypadkach były nią naczynia krwionośne. Za tem przemawiają stosunkowo małe zmiany na oponie twardej i ominięcie substancji białej, zresztą typowe.

Pod względem bakterjologicznym potwierdza się w przypadku 1) względna dobrotliwość gronkowca, a w przypadku 2) zjadliwość łańcuszkowca śluzowego (streptococ. mucosus). Zjadliwosć ta wyraża się podwójnie, raz w ten sposób, że mimo równej struktury kostnej obu wyrostków sutkowych i mimo równoczesnego powstania zapalenia uszu po obu stronach zmiany były znacznie większe po stronie prawej, gdzie stwierdzono mucosus, aniżeli po stronie lewej, powtóre w fakcie, iż właśnie po tejże stronie prawej przyszło do opisanej postępującej Encephatitis abscedens. Możnaby wręcz skłaniać się do koncepcji, ze przebieg wysoko gorączkowy należy przypisać obustronnemu zakażeniu łańcuszkowcem, zaś skryty, ubogi w wyraźne kliniczne objawy ropień zakażeniu dodatkowemu łańcuszkowcem śluzowym.

Teraz przechodzę do tematu właściwego, t. j. do tych właściwości obu przypadków , które są ciekawe ze względu na *symptomatologję okresu utajenia* ropni mózgowych.

O ile rozchodzi się o przypadki już operowane, z odsłoniętą oponą twardą, cechują się oba przypadki pewnym wspólnym symptomem, dającym się zużytkować dla rozpoznania ropnia mózgowego. Jest nim *symptom postępującego wypuklania się opony twardej.* Wypuklenie to jest mechanicznem następstwem rozwijania się ekscentrycznego ropnia, który korzysta w jednym kierunku z dekompresji, a mianowicie właśnie w kierunku odsłoniętej opony. Tu pragnąłbym nawiasem zauważyć, że w obu przypadkach bujanie ziarniny na powierzchni opony było uderzająco skąpe. Objaw ten jest prawdopodobnie następstwem ucisku na naczynia opony. Symptom wypuklenia został oceniony w przypadku 1) dopiero następowo, zaś w 2) we właściwym czasie, lecz nie dość konsekwentnie, albowiem dalszy przebieg wykazał, że głębsze wprowadzenie igły punkcyjnej mogłoby

było już dnia 9.XII, t. j. 10 dni przed przebiciem ropnia do komory bocznej, doprowadzić do djagnozy, a przez to może także do uratowania pacjenta.

Drugi symptom należy podkreślić w przypadku 1). Jest to *mrowienie w palcach u nóg*. Taki objaw subjektywny w łączności z szeregiem innych objawów natury objektywnej ma wszelkie po temu dane, by w przypadku pozornie utajonym skierować uwagę lekarza na trop właściwy. I w naszym przypadku zbagatelizowanie tego symptomu, względnie zespołu symptomów, sprowadziło niemałe opóźnienie rozpoznania i zabiegu operacyjnego, na szczęście bez szkody dla pacjenta.

Trzeci ciekawy symptom stwierdzono w przypadku 2). Jest nim *obraz krwi*. Należy go zdaniem naszem w ogólności, a szczególnie u dzieci, jeszcze bardziej u osesków—w dużym stopniu uwzględnić, gdy chodzi o rozpoznanie powikłań wśródczaszkowych. Co do osesków, to wchodzi tu szczególnie w rachubę niedostateczne jeszcze zróżniczkowanie centralnego systemu nerwowego, wskutek czego i symptomatologja mózgowa jest tu mało rozwinięta i w naszym przypadku 2) widać to drastycznie wówczas, gdy po nieznacznem odciążeniu mózgu drogą punkcji próbnej, a w jeszcze wyższym stopniu po otworzeniu ropnia znikają w najkrótszym czasie wszelkie uderzające symptomy, jak drgawki, porażenia, zaburzenia świadomości: w ten sposób pomimo ciężkich ujawnionych zmian, jak rozmiękczenie tkanki mózgowej, powstaje na czas krótki coś w rodzaju „okresu utajenia". Widać tutaj szczególnie drastycznie, że rozpoznania ropnia m. p. u. nie można uzależniać od jawnych objawów ogniskowych. Wracając do obrazu krwi, oczywiście stwierdzić muszę, że z poszczególnych i nielicznych przypadków nie można wysnuwać wniosków zbyt daleko idących. Kontrola na większym materjale jest konieczna. Dla właściwego zużytkowania tego symptomu jest wszakże warunkiem nieodzownym dokładne zaznajomienie szczególnie z obrazem ciałek białych i pewne uproszczenie w metodach odczytania tego obrazu. Na temat ten miałem sposobność wypowiedzieć się w jednym z poprzednich numerów tego pisma *).

Dla porozumienia się z czytelnikiem kilka uwag. Wskazanem jest stosowanie, jak na załączonym rysunku (patrz fig. 1) metody graficznej dla przedstawienia obrazu ciałek białych. Na rycinie przebiega mniejwięcej przez połowę linia pozioma L. P. Obraz ciałek

---

*) A. Schwarzbart: Porównawczy wykres hemogramu wedle nowej zasady i t. d. Polski Przegląd Otolaryngologiczny. T. VII Nr. 2—3.

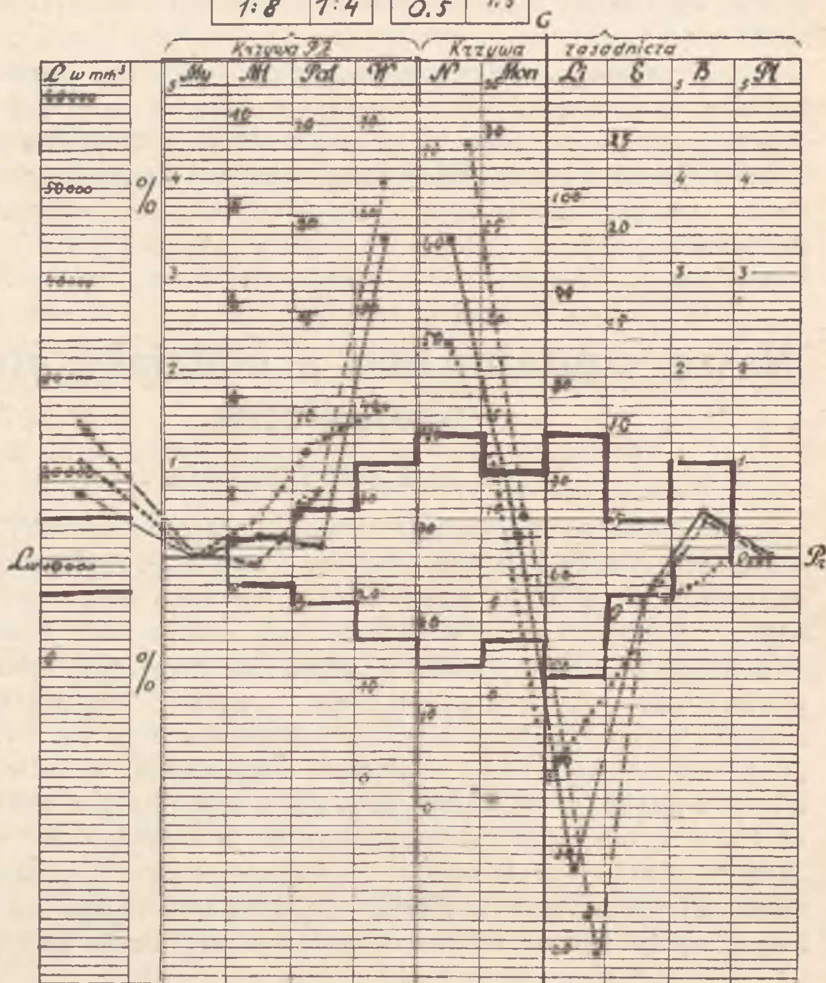
białych wyrażony jest linją krzywą, która w przypadku stosunków prawidłowych jest zbliżoną do tej linji poziomej. Skrajne granice odchyleń fizjologicznych są na figurze zaznaczone grubszą linją schodkowatą. Każda odmiana ciałek białych posiada własną pionową podziałkę. Porządek tych odmian jest nieco inny, aniżeli w znanym hemogramie Schillinga. Porządek ten ma za cel szczególną plastykę graficznego obrazu. W ten sposób zbudowana krzywa daje charakterystyczny *synchroniczny obraz* stosunków, dotyczących różnych odmian ciałek białych krwi. Na tablicy można umieścić kilka wyników badania. Tak też jest w naszej figurze. W naszej figurze uwydatniliśmy graficznie stosunki prawidłowe, odpowiadające wiekowi oseska wedle danych, jakie ustalili Ockel, Rominger, Schüssler i inni (patrz rubryka a) tablicy). Otóż jeśli przyjrzymy się liczbom wyników badań w naszym przypadku 2), pokazuje się, że odchylają się one ogromnie od stosunków prawidłowych (patrz Decursus i nagłówek tablicy: rubryki b), c) i d), Fakt ten znajduje swój graficzny wyraz w niesłychanie stromym przebiegu krzywych. Analiza pokazuje, że: po 1) stale utrzymuje się wysoka leukocytoza, 2) ilość eozynofilów jest stale bardzo niska, albo podnormalna, 3) bazofile znachodzą się tylko skąpo, a wreszcie znikają, 4) utrzymuje się limfopenja i neutrofilja, 5) stale uwydatnia się wysoka monocytoza, 6) przesunięcie neutrofilów na lewo zwiększa się coraz bardziej, wreszcie 7) współczynnik leukocytowy Krebsa, t. j. stosunek neutrofilów do limfocytów,— inny zresztą zupełnie, niż u osobników dorosłych — jest stale podwyższony. Ten obraz krwi przemawia oczywiście tylko całkiem ogólnie za bardzo aktywnym stanem zakaźnym w jego „okresie walki“ według nomenklatury Schillinga. W danym jednakowoż zespole okoliczności musi on być uważanym jako prawdopodobna oznaka powikłania wśródczaszkowego. Jeśli zaś skojarzymy obraz ten z opisanym symptomem wypuklenia opony twardej, to prawdopodobieństwo, iż powikłaniem tem jest właśnie nic innego, jak ropień mózgowy, względnie podoponowy, staje się bardzo wielkiem. Z poglądu tego chyba tylko wtedy możnaby zrezygnować, gdyby chcieć się upierać przy tem, że dla rozpoznania ropnia mózgu i zdecydowania się na punkcję są konieczne objawy ogniskowe, lub inne drastyczne symptomy, czyli że koniecznem jest wystąpienie tak zwanego „okresu jawnego“. Otóż takie upieranie się jest właśnie błędne i niecelowe. Jakkolwiek tak zwane objawy ogniskowe wcale nie dają się wedle dzisiejszych poglądów zużytkować dla umiejscowienia ścisłego ropnia mózgowego, gdyż są one tylko objawami dystansowemi (Fernwir-

**Figura 1.**

| | | Ogólna ilość Leukocytów w mm³ | | | Myelocytów | Młodocianych | Pałeczkowatych | Wielojądrzastych | Ogólna ilość Neutrofilnych | Monocytów | Limfocytów | Eozynofilnych leukocytów | Bazofilnych leukocytów | Plazmatycznych |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prawidłowo | | 7-15.000 | a | % | 0 | 0-1 | 0-5 | 15-34 | 15-40 | 3-12 | 49-75 | 1-5 | 0-1 | 0 |
| Wynik badania dnia: | 1/XII | 17.600 | b | % | 0 | 1 | 3 | 57.5 | 60.5 | 8.8 | 28.5 | 0.7 | 0.5 | 0 |
| | 4/XII | 25.000 | c | % | 0 | 0.4 | 6 | 63.1 | 70.2 | 9.6 | 19.6 | 0.7 | 0.4 | 0 |
| | 9/XII | 21.000 | d | % | 0 | 1.3 | 8 | 40 | 49.3 | 11.7 | 38.0 | 1.0 | 0 | 0 |

| P.J. (przesunięcie jądra) prawidłowo: 1:8 | |
|---|---|
| | 1:15 |
| | 1:10 |
| | 1:4 |

| W.L (wskaźnik leukocyt.) prawidł. 0.5 | |
|---|---|
| | 2.1 |
| | 3.2 |
| | 1.3 |



kungen), to nie myślę wcale zaprzeczać, iż wrazie obecności są one bardzo przydatne. Nie mniej jednak wytyczną naszą być musi, ażeby zasadniczo *drogą wysubtelnionej djagnostyki względnie obserwacji dążyć do rozpoznania ropnia m. p. u. już wcześniej, t. j. właśnie w t. zw. „okresie utajenia"*.

Na podstawie skąpego materjału była tylko możliwą skromna próba, by w duchu powyższych wywodów zwrócić uwagę na kilka symptomów. Są nimi: 1) parestezje (mrowienie i t. p. w przypadku 1), 2) symptom wypuklania się opony twardej w przypadkach operowanych, 3) obraz leukocytowy. Specjalnie co do tego ostatniego chciałbym podkreślić, że w otologicznych historjach chorób spotyka się go wprawdzie czasami, lecz i w tych wypadkach brak jest systematycznej jego analizy i, co zatem idzie, należytego wykorzystania jego właściwości.

Jest zadaniem wielkich klinik otolog., aby przez opracowanie subtelnej symptomatologji w omówionym duchu dążyć do daleko idącego zacieśnienia pojęcia „okresu utajenia" i by w ten sposób drogą wczesnej djagnozy zmierzać do poprawy wyników statystycznych otochirurgji ropnia m. p. u., które jak dotąd pozostawiają wiele do życzenia.

---

# Nasze szpitalnictwo a oddziały otolaryngologiczne.

Podał Prof. JAN SZMURŁO.

Dla bacznego obserwatora rozwoju medycyny klinicznej coraz wyraźniej uwidocznia się fakt powolnego, ale stałego przetwarzania się otolaryngologji w wielką specjalność, obejmującą cały dział nauki o głowie, twarzy i szyi, z którego wyłączeniu podlega tylko dział oczny, pozostający na terenie Europy w zasięgu okulistów, dział zębów, stanowiący zakres działania odontologów, wreszcie chirurgja uszkodzeń czaszki i mózgu. Jednocześnie otolaryngologja staje się coraz bardziej specjalnością prawie wyłącznie chirurgiczną, w której obok drobnych zabiegów spotykamy się wciąż z koniecznością wykonywania operacyj wielkich, walczących nietylko o zdrowie, ale i o życie chorego. Dodać jeszcze należy, że otolaryngologja bynajmniej nie należy do tych szczęśliwych specjalności, gdzie śmiertelność jak w okulistyce, na dziesiąte części procentu się oblicza, ale do tych najcięż-

szych i najodpowiedzialniejszych, gdzie przy najlepszych warunkach wykonawstwa i opieki dochodzi ona do cyfr stosunkowo znacznych. Tak na 1340 chorych z cierpieniem ucha, leczonych w ciągu dziesięciolecia w szpitalach warszawskich, zmarło 97 osób, co stanowi 7% *).

Zdawałoby się, że świadomość tego wyjątkowego stanowiska otolaryngologji pod względem śmiertelności powinna wyrobić dla niej wybitne stanowisko pośród innych gałęzi medycyny, zbliżonych do chirurgji. Zdawałoby się, że w każdym większym szpitalu powinny istnieć oddziały otolaryngologiczne, dokąd byliby skierowywani wszyscy chorzy na nos, uszy, krtań i gardło dla specjalnego leczenia. W oddziałach tych młodzi specjaliści mogliby pod kierunkiem doświadczonych starszych otolaryngologów ćwiczyć się w swej trudnej i niebezpiecznej specjalności. Niestety, to co się widzi u nas, całkowicie przeczy tym słusznym i na Zachodzie, zwłaszcza w Niemczech i w Ameryce, już oddawna urzeczywistnionym przypuszczeniom Tak w Warszawie mamy wielkie szpitale, jak Szpital Dzieciątka Jezus, liczący 960 łóżek, Przemienienia Pańskiego 600 łóżek, Szpital Św. Stanisława 600 łóżek i w żadnym z tych szpitali niema łóżek dla chorych uszno-gardlanych. Jednem słowem Warszawa z 6800 łóżkami szpitalnemi posiada właściwie tylko 102 łóżka przeznaczone dla cierpień uszu i górnego odcinka dróg oddechowych. Z tego 72 łóżka należą do kliniki uniwersyteckiej i tylko 30 łóżek w Szpitalu na Czystem stanowi właściwy kontyngent szpitalny dla omawianej kategorji chorych.

Nie lepiej sprawa przedstawia się w innych miastach.

W Krakowie na 2349 łóżek szpitalnych istnieje 48 łóżek usznogardlanych.

W Łodzi wraz z Województwem Łódzkiem na 5130 łóżek znajduje się od 35 do 37 łóżek usznogardlanych,

W Poznaniu wraz z Województwem **) na 5774 łóżka istnieje około 70 łóżek, z czego na sam Poznań przypada około 50 łóżek usznogardlanych.

W Wilnie wraz z Województwem na 1850 łóżek przypada 35 łóżek Kliniki Uniwersyteckiej.

We Lwowie na 3372 łóżka wraz z Województwem przypada 70 łóżek usznogardlanych, z czego 40 należy do Kliniki Uniwersyteckiej.

---

*) J. Szmurło. Rola i znaczenie otolaryngologji w medycynie. Nowiny Lekarskie. 1924 r.

**) Według Sprawozdania o Stanie Zdrowotnym Rzeczypospolitej Min. Spr. Wewnętrznych z roku 1931.

Na Śląsku na 8358 łóżek przypada 120 łóżek usznogardlanych w Katowicach w Szpitalu Spółki Bratniej.

Gdybyśmy podsumowali w Polsce wszystkie łóżka usznogardlane, to okazałoby się, że w kraju liczącym obecnie 32 miljony mieszkańców, na 53000 łóżek szpitalnych (według obliczeń z roku 1931, patrz Spraw. Min. Spraw Wewn.) przypada zaledwie około 500 łóżek czyli nie więcej niż 0,94%. W obliczeniach tych pomijam etatowe łóżka szpitalne, przeznaczone wyłącznie dla potrzeb wojskowości i kolejnictwa i nie uwzględniające wcale albo tylko w szczupłym zakresie chorych cywilnych. Poddając dalszej analizie te cyfry, zobaczymy, że u nas jedno łóżko szpitalne przypada na 604 mieszkańców, jedno łóżko usznogardlane na 106 łóżek szpitalnych wogóle i na 64000 mieszkańcow. Jeżeli teraz wspomnę, że w Niemczech według Mediz. Statistische Mitteilungen des Reichsgesundheitsamtes przypadało w 1913 roku 1 łóżko szpitalne na 230, a w roku 1922 nawet na 187 mieszkańców, jeżeli dalej powiem, że według postulatów Holmgrena, w znacznej mierze już urzeczywistnionych w Szwecji, jedno łóżko otolaryngologiczne wystarcza na 10000 mieszkańców, łatwo zrozumiemy, jak daleko odbiega nasza rzeczywistość szpitalna wogóle i szpitalnootolaryngologiczna od potrzeb naszego zdrowia. Pomijam w swoich obliczeniach również łóżka szpitalne na oddziałach chirurgicznych, których ordynatorowie łaskawie pozwalają u siebie operować chorych usznogardlanych. Takie korzystanie kątem z gościnności i dobrej woli chirurga, chociaż w obecnych warunkach nieuniknione, uważam wprost za szkodliwe dla rozwoju szpitalnictwa usznogardlanego w Polsce i gotów jestem nawet utrzymywać, że oportunizm, jaki pod tym względem ujawniają polscy otolaryngolodzy, jest w pewnym stopniu przyczyną opłakanych stosunków szpitalnych, jakie istnieją u nas w dziedzinie usznogardlanej. Otolaryngolodzy bowiem, przyjmujący w danym szpitalu tylko chorych przychodzących, a tych, co potrzebują operacji, kładący na oddział chirurgiczny, nie mają możności pracować nad rozwojem swej gałęzi wiedzy, nie mają możności pracować samodzielnie, ale tylko pomocniczo, zastępczo i zawsze mogą być tej możności pozbawieni, jeżeli się to ordynatorowi kierowniczemu, chirurgowi, nie podoba. Stąd też być może wynika u nas pewna jałowość w dziedzinie lecznictwa klinicznego otolaryngologicznego i prac naukowych polskich otolaryngologów szpitalnych. Bo cóż można zrobić, mając skąpy oddziałek na 10 łóżek, albo kątem 5—6 łóżek bez żadnych udogodnień i ulepszeń w zakresie badania, operowania i leczenia, bez należycie urządzonego pokoju operacyjnego i opatrunkowego dla chorych usznogardlanych.

Z obliczeń statystycznych, dotyczących naszego szpitalnictwa, a ogłoszonych we wspomnianem wyżej Sprawozdaniu Minist. Spraw Wewn. podział łóżek pomiędzy poszczególne specjalności przedstawia się następująco:

| | |
|---|---|
| Łóżek zakaźnych . . . . . . | 6490 |
| „ wewnętrznych . . . . . | 12797 |
| „ chirurgicznych . . . . | 11920 |
| „ wenerycznych . . . . . | 2844 |
| „ gruźliczych . . . . . . | 6526 |
| „ ocznych . . . . . . . | 1487 |
| „ innych . . . . . . . . . | 10939 |
| Razem . . . | 53303 |

Widzimy więc, że w ogólnej liczbie łóżek szpitalnych, łóżka usznogardlane wcale nie są wspominane i mieszczą się w liczbie łóżek „innych". Ciekawą jest jednak kwestja, jaki stosunek istnieje pomiędzy liczbą przyjęć w szpitalnych przychodniach chorych wogóle i chorych usznogardlanych. Niestety taka statystyka u nas prawie nie istnieje i ażeby pod tym względem uzyskać pewne dane, należy się zwracać do poszczególnych szpitali. Biorę więc dane z największego w Wilnie Szpitala Św. Jakóba, gdzie mieszczą się dwie kliniki Uniwersyteckie, wewnętrzna i neurologiczna, szkoła położnych i duży oddział chirurgiczny. W szpitalu tym w roku 1929 i 1930 przyjęto w przychodniach szpitalnych 31500 chorych, w tej liczbie 4100 chorych usznogardlanych. Stanowią oni tu przeszło 13% całej liczby chorych przychodzących. Biorę dalej roczne dane przedwojenne (1903 r.) z przychodni wielkiego szpitala, gdzie są przyjmowani chorzy wszelkich kategoryj. Ogólna liczba przyjęć w przychodni stanowi tam 56188 chorych, w tem usznogardlanych 3257, co stanowi 5,97%. Liczba więc chorych usznogardlanych w przychodniach stanowi minimum 6% i maksimum 13%. Gdybyśmy wzięli cyfrę przeciętną, otrzymalibyśmy 9,5%. Przenosząc ten odsetek na stosunki szpitalne w obliczeniu do łóżek stałych, powinniśmy mieć dla oddziałów usznogardlanych 5000 łóżek, czyli 10 razy więcej, niż w dobie obecnej. Mielibyśmy wówczas stosunek w istocie odpowiadający liczbom chorych w przychodniach, skąd kwalifikuje się przeważnie kandydatów do szpitali. Przewyższałoby to znacznie normę Holmgrenowską: 1 łóżko na 10000 mieszkańców, wynosiłoby bowiem 1 łóżko na 6200 mieszkańców. Gdybyśmy przyjęli najniższy stosunek dla chorych na uszy i gardło 5% chorych innych kategoryj, powinniśmy mieć 2650

łóżek, co odpowiadałoby poniekąd normie Holmgrenowskiej; uznać wszakże należy, że o takiej nawet normie w chwili obecnej marzyć nie możemy. Zdaje mi się, że w obecnej chwili należy dążyć narazie do tego, *ażeby w każdym szpitalu, liczącym powyżej 150 łóżek istniały oddziały*, stanowiące 5%—6% wszystkich łóżek; w szpitalu więc 150 łóżkowym powinno być 9 łóżek, w 200 łóżkowym 12 łóżek, w 300 łóżkowym 18 łóżek usznogardlanych. Posiadając stałe łóżka z własną salą operacyjną i opatrunkową, otolaryngolog może dopiero wtedy leczyć i operować stacjonarnie tych chorych, których dotychczas musiał leczyć ambulatoryjnie, a więc chorych z ostrem i przewlekłem ropnem zapaleniem ucha środkowego, z ropniami okołomigdałkowemi, z gruźlicą krtani, z ropieniem zatok bocznych, z początkowemi guzami nosa i krtani i t. p. Przyjmując na oddział i operując wszystkich chorych z zakresu otolaryngologji ze wszystkiemi powikłaniami z dziedziny jamy czaszkowej i szyi, można być pewnym, że otolaryngolog będzie miał oddział pełny. Dotychczas bowiem chirurdzy niechętnie widzą u siebie takich chorych. Wtedy również można być pewnym, że mniej będzie przypadków zaniedbanych, zapuszczonych, mniej będzie przypadków nie nadających się już do operacji, bo chorzy, wiedząc o pomocy, jakiej mogą doznać na oddziałach otolaryngologicznych, wcześniej się będą zgłaszali o radę i pomoc i wcześniej będą operowani.

Ażeby jednak oddziały takie dowiodły racji bytu, muszą być obsadzane przez otolaryngologów wykwalifikowanych, doświadczonych w wykonywaniu wszystkich operacyj, w zakres coraz bardziej rozszerzającej się specjalności wchodzących, jednem słowem muszą być chirurgicznie i otolaryngologicznie dobrze wyszkoleni. Przewiduje to dłuższą praktykę w klinikach uniwersyteckich chirurgicznych i otolaryngologicznych i na dużych oddziałach szpitalnych.

Obsadzanie takich ordynatur powinno się odbywać drogą konkursu, przyczem należałoby zawsze zasięgać opinji wydziałów lekarskich tych uniwersytetów, w których sferze wpływów dany szpital się znajduje. Oddziały w większych szpitalach, liczące 30—40 łóżek, powinny być obsadzane przez docentów i długoletnich asystentów klinicznych, naturalnie o ile zwyciężą w konkursie. Daje to do pewnego stopnia gwarancję, że dany oddział będzie nietylko spełniał należycie swoją rolę społeczną, ale będzie również ogniskiem pracy naukowej i pedagogicznej, jak to widzimy zagranicą.

Początek akcji w kierunku urzeczywistnienia powyższych zadań powinno wziąć na siebie Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne,

reprezentujące potrzeby i cele polskiej otolaryngologji Akcję tę należałoby prowadzić w dwóch kierunkach: przedewszystkiem w zgromadzeniach lekarskich, na posiedzeniach naukowych towarzystw lekarskich, zwłaszcza na terenie Towarzystwa Szpitalnictwa Polskiego, w towarzystwach i zrzeszeniach zawodowych lekarskich.

Dalej Towarzystwo Otolaryngologiczne powinno wystąpić z odpowiedniemi memorjałami do Magistratów wszystkich miast, na których terenie istnieją szpitale powyżej 100 łóżek, z żądaniami tworzenia wspomnianych oddziałów usznogardlanych. Należałoby również wystąpić z odpowiedniemi memorjałami do Departamentu Służby Zdrowia, do Państwowej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, wreszcie do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej.

Sprawa jest bardzo ważna i pilna, mogąca poważnie zaważyć na przyszłym rozwoju Polskiej Otolaryngologji i Polskiego Szpitalnictwa wogóle; dlatego pozwoliłem sobie ją wnieść na posiedzenie doroczne naszego Towarzystwa.

Streszczam swoje postulaty w następujących wnioskach: Otolaryngologja, rozwijająca się w coraz większą specjalność, znajduje się w Polsce w widocznem i zupełnie nieusprawiedliwionem zaniedbaniu; liczba łóżek zupełnie nie odpowiada potrzebom chorych i jest co najmniej 5 razy mniejsza od niezbędnej.

Konieczne jest zwiększenie liczby łóżek, przeznaczonych dla chorych usznogardlanych, przez tworzenie we wszystkich szpitalach powyżej 150 łóżek oddziałów usznogardłowych z liczbą łóżek stanowiących 5% do 6% liczby łóżek danego szpitala.

Akcję propagandową powinno podjąć i prowadzić Polskie T-wo Otolaryngologiczne, podejmując odpowiednią dyskusję w towarzystwach lekarskich naukowych i zawodowych i opracowując memorjały do Magistratów dużych miast oraz do właściwych Władz Państwowych.

---

## Ocena:

Prof. Dr. *Jan Szmurło. Choroby krtani i tchawicy.* Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wilno 1931.

Profesor Szmurło dotrzymuje słowa; przed niedawnym czasem obiecał napisać podręcznik w mowie będący i ku wielkiemu zadowoleniu memu, mogę słów kilka oceny wypowiedzieć.

Już w samym początku zaznaczyć wypada, że autorowi przynosi zaszczyt, że potrafił on na 178-u stronicach, streścić całą laryn-

gologję, a przyznać muszę, że *każdy rozdział opracowany nader sumiennie*, bo uwzględnia najważniejsze fakty, dotyczące specjalności.

Pierwsze rozdziały, poświęcone anatomji krtani i tchawicy, z podaniem rysunków, według Bochenka i innych, fizjologję krtani i patologję ogólną krtani i tchawicy. Następny rozdział (4-ty) poświęcony jest badaniu krtani i tchawicy oraz badaniu bezpośredniemu (tracheoskopja, bronchoskopja). Wymienione tu działy traktowane są bardzo dobrze, dając dokładne pojęcie chcącemu poznać laryngoskopję lekarzowi lub studentowi.

Następny rozdział (terapja ogólna chorób krtani) mówi o higjenie, o zapobieganiu chorobom krtani, o zabiegach zewnątrz i wewnątrzkrtaniowych, o elektryzacji, galwanizacji, o naświetlaniu promieniami X, o naświetlaniu promieniami ultrafjoletowymi, o zabiegach wewnątrzkrtaniowych, o wlewaniu leków do krtani, o wziewaniach krtaniowych, o przyrządach, służących do tego celu, o rozpylaczach, o insuflatorach, o znieczuleniu wewnątrzkrtaniowem, o znieczuleniu zewnątrzkrtaniowem. O operacjach i zabiegach wewnątrzkrtaniowych, o intubacji, o rozszerzadłach, o przyżeganiu wewnątrzkrtaniowem zapomocą środków chemicznych, o tracheotomji, o żegadłach i o przypalaniu galwanokaustycznem, i w końcu tego rozdziału mówi autor o leczeniu ogólnem i klimatycznem chorób krtani.

W Części Specjalnej autor pisze o wadach rozwojowych i zboczeniach wrodzonych, o wadach i zboczeniach nabytych i o zwężeniach krtani.

Działy te są bardzo dokładnie streszczone, z uwzględnieniem najnowszych prac.

Następnie autor pisze o zapaleniach ostrem i nieżytowem, o zapaleniu strun głosowych, o zapaleniu podgłośniowem i o ostrem zapaleniu tkanki adenoidalnej krtani, następnie o obrzęku krtani, o ostrem gośćcowem zapaleniu stawu pierścienno-nalewkowego, o zapaleniu rzekomo-błoniastem, błoniczem i o całym szeregu zapaleń w chorobach infekcyjnych, jako to odrowem, grypowem, ospowem, durowem, pryszczykowem, opryszczkowem, o róży krtani, o ropnem zapaleniu podśluzowem.

W następnych rozdziałach omawia przewlekłe zapalenia, jako to: nieżyt przewlekły prosty, nieżyt przewlekly przerostowy, zanikowy suchy, gruźlicę krtani, przymiot krtani, twardziel, trąd, pęcherzycę, promienicę i białaczkę krtani.

Naturalnie, autor, uwzględniając wszystkie poszczególne zapalenia, musi szczególnie streszczać się, ażeby zbytecznym balastem nie

obciążać podręcznika, przeznaczonego więcej dla celów propedeutycznych.

Jest przeto wielką zasługą autora, że nie ominął w tym dziale żadnej postaci zapaleń krtani, o której lekarz wiedzieć powinien.

O nowotworach łagodnych i złośliwych, autor również bardzo treściwie pisze w swym podręczniku. O leczeniu operacyjnem raka krtani wiadomości są skąpe w książce. O zaburzeniach nerwowych (zboczenia czuciowe i ruchowe) znajdujemy w podręczniku więcej danych, z uwzględnieniem każdego poszczególnego porażenia. Opisy tych cierpień podane są z wielką znajomością rzeczy, bardzo dokładnie i wyczerpująco.

Choroby tchawicy i głównych oskrzeli, również jak i ciała obce w tchawicy i oskrzelach są opisane możliwie krótko. Czytelnik jednak z wiadomości, znajdujących się w tych rozdziałach, odniesie pożytek i korzyść wielką.

Reasumując wszystkie opisy, znajdujące się w podręczniku, dojść muszę do przekonania, że profesor Szmurło potrafił bez zbytniego balastu, w formie łatwej i przystępnej, opisać cierpienia krtani, z podaniem wszystkich metod badania i leczenia, aż do najnowszych zdobyczy w naszej specjalności.

Jeżeli nawet znajdują się nieznaczne usterki językowe, lub pominięcia prac niektórych autorów polskich, nie zmniejsza to bynajmniej wartości podręcznika.

Na zakończenie wypada mi zaznaczyć, że liczne, dobrze wykonane rysunki w tekście przyczyniają się w znacznym stopniu do podniesienia wartości podręcznika.

Życzyć by należało, aby do trzech wydanych już podręczników autor zechciał i czwarty wydać, a mianowicie Otjatrję.

Mam głębokie przeświadczenie, że cały nakład podręcznika w krótkim czasie wyczerpanym będzie.

Dr. *Leopold Lubliner.*

Warszawa, dnia 1-go października 1931 roku.

# Krótkie uzupełnienie do artykułu mojego p. t. Od Tuercka i Czermaka do naszych czasów *).

Podał Z. SREBRNY (Warszawa).

Przesyłając do redakcji P. P. Otolaryng. rękopis mojego artykułu pod powyższym tytułem, zrobiłem na nim adnotację, że proszę redakcję o nadesłanie mi korekty, w której mam porobić pewne dopełnienia, o czem, o ile mi wiadomo, wspominał i kol. Czarnecki; za którego łaskawem pośrednictwem artykuł był przesłany. Prośba moja nie została uwzględniona. Tłomaczę to sobie zasadą redakcj nieposyłania autorom korekty. Sądziłem jednak, że, jeżeli tak jest istotnie, to będę o tem przez redakcję powiadomiony, co spowodowałoby wysłanie przezemnie uzupełnienia przed wydrukowaniem artykułu. Atoli Szanowna Redakcja uważała widocznie porozumienie się ze mną za zbyteczną w stosunku do mnie kurtuazję. Z żalem muszę to stwierdzić.

Rezygnując już tedy z bardziej szczegółowych uzupełnień, zaznaczam tylko, że miały one dotyczyć prac: 1) Zwaardemakera i Hacka z dziedziny fizjologji nosa, specjalnie powonienia, oraz 2) Fliessa, Koblancka, Oppenheimera, Joala i innych z dziedziny zboczeń narządów płciowych w związku ze stanem śluzówki nosa.

Przy sposobności prostuję zauważone błędy drukarskie:

Str. 177 wiersz 1 od góry—zamiast 1925, powinno być 1905.
„ 178 „ 10 „ „ —po liczbie 1881 powinien być przecinek.
„ 179 „ 3 od dołu—zamiast Mayerem, powinno być Meyerem.
„ 179 „ 18 „ „ —po wyrazie: zaś opuszczono wyraz: tym.
„ 180 „ 15 od góry—po wyrazie ryno-laryngologji zamiast dwukropka powinien być średnik (;).
„ 181 „ 12 od dołu—zamiast: ruchomych, powinno być: ruchowych.
„ 182 „ 19 „ „ —zamiast: tchawiczych, powinno być: tchawicznych.
„ 186 „ 10 „ „ —po wyrazie: są opuszczono: chorobami.
„ 187 „ 2 od góry—zamiast: Nadołeczny, powinno być: Nadoleczny.
„ 189 „ 1 od dołu—zamiast: Schlossera, powinno być: Schloffera.
„ 189 „ 9 „ „ —zamiast: Kriea, powinno być: Kriega.
„ 190 „ 10 od góry—zamiast: których, powinno być: które.
„ 191 „ 8 od dołu—zamiast: włącznie, powinno być: łącznie.

*) Polski Przegląd Otolaryngolog. T. VII Z. 4 r. 1930.

## Wyjaśnienie Redakcji.

W istocie z przyczyn od Redakcji niezależnych, drukarnia pomimo wyraźnego nakazu nie wysłała kol. Srebrnemu jego artykułu do korekty, za co kol. Srebrny wymierzył sobie zadosyćuczynienie swem „krótkiem uzupełnieniem". Redakcja wszakże z całą energją zastrzega się przeciwko zwrotowi kol. Srebrnego: „Redakcja uważała widocznie porozumienie się za zbyteczną w stosunku do mnie kurtuazję. Z żalem muszę to stwierdzić". Redakcja wysoko ceni kol. Srebrnego jako wybitnego otolaryngologa, autora licznych cennych prac, długoletniego redaktora i społecznika i nigdy nie mogła przypuszczać, że spotka ją z jego strony tak przykry i nieusprawiedliwiony zarzut. Mieliśmy prawo sądzić, że kol. Srebrnemu zdarzały się w jego długoletniej pracy redaktorskiej również czasami mniejsze lub większe uchybienia i niedopatrzenia (któż z nas jest bez winy?!) i że będzie w swych wnioskach mniej drażliwym i bardziej wyrozumiałym.

Poprzedni bowiem numer powstał w warunkach wyjątkowych. Większość prac była już wydrukowana, czekaliśmy tylko na odczyty kolegów Czarneckiego, Srebrnego, Pieniążka i Lublinera, wygłoszone na Posiedzeniu Jubileuszowem Towarzystwa. O prace te Redakcja parokrotnie nagabywała Prezesa T-wa D-ra Czarneckiego. Skoro wreszcie po długiem oczekiwaniu prace nadeszły, trzeba było się śpieszyć na gwałt z ich drukiem. Każdy dzień teraz był drogi. Drukarnia wciąż była alarmowaną o pośpiech, stąd wypłynęło nieuwzględnienie przez nią żądania Redakcji co do wysłania odbitki autorowi do korekty, tembardziej że Redaktor sam przytem korektę zrobił nie wiedząc nic, że kol. Srebrny ma zamiar jeszcze robić jakieś uzupełnienie.

Zaznaczyć należy, że u nas wysyłanie autorom prac do korekty opóźnia nadzwyczajnie druk pisma, żaden bowiem autor nie poczuwa się do obowiązku odesłania korekty odwrotną pocztą. Pomimo wysyłanych próśb i ponagleń autorowie potrafią przetrzymywać artykuły po 7 do 10 dni. Sprawdziliśmy to dobitnie na ostatnim numerze, którego wydanie właśnie z tego powodu zostało przeszło o miesiąc opóźnione.

Z 13 błędów drukarskich w pracy kol. Srebrnego żaden nie wprowadza w błąd czytelnika, z wyjątkiem może pierwszego, gdzie zostały pomylone daty, kilka jest spornych; sądzimy że zupełnie dobrze jest po polsku tchawiczy, chociaż w słowniku jest tchawiczny (błonica — błoniczy, gruźlica — gruźliczy, odbytnica — odbytniczy), kilka przekręceń w nazwiskach da się uprawiedliwić bardzo nieczytelnemi dopiskami autora i niedopatrzeniem zecerów, którzy nawet po paru korektach pozostają przy starych błędach. Zresztą Redakcja jest biedna i nie może sobie pozwolić na płatnego wykwalifikowanego korektora, korektę zaś kilkakrotnie robią Redaktor i Sekretarz Redakcji, mający jak najlepsze chęci, ale nie dość wprawni w tej żmudnej i odpowiedzialnej pracy.

W każdym razie Redakcja wdzięczna jest za „Któtkie uzupełnienie", odtąd bowiem każda praca będzie zawsze przesyłana każdemu autorowi do korekty. Wpłynie to na opóźnianie druku numeru i podniesie koszt wydawnictwa, ale ułatwi pracę Redakcji, zdejmie z niej odpowiedzialność za braki w korekcie.

# Walne Zebranie Polskiego T-wa Oto-Laryngologicznego z dnia 6-go grudnia 1931 roku.

Po zagajeniu Walnego Zebrania prezes T-wa Dr. *J. Czarnecki* zawiadomił o stracie, jaką poniosło Towarzystwo z powodu zgonu: błp. D-ra *Maurycego Hertza*, członka komisji rewizyjnej T-wa z Warszawy oraz D-ra *Zabłockiego*, b. wice-prezesa sekcji lwowskiej, których pamięć uczcili obecni przez powstanie.

Następnie prezes zreferował sprawę zmiany statutu Towarzystwa która została przyjęta.

Na propozycję prezesa, przewodniczącym Walnego Zebrania został wybrany D-r *L. Lubliner*, sekretarzem D-r *K. Szumowski.*

Sprawozdanie z działalności naukowej poszczególnych sekcyj za r. 1930/31 zdali: D-r *E. Tryjarski* z sekcji warszawskiej, D-r *K. Szumowski* i D-r *B. Sonnenschein* z sekcji lwowskiej, Prof. *A. Laskiewicz* z poznańskiej, D-r *D. Helman* z łódzkiej, Prof. *J. Szmurło* z wileńskiej.

W roku sprawozdawczym działalność Pol. T-wa Otolaryngologicznego była bardzo żywa. Zarząd odbył 11 posiedzeń, na których omawiano poza zwykłemi sprawami administracyjnemi sprawę statutu i regulaminu Towarzystwa.

Sekcja warszawska liczy członków 45, posiedzeń naukowych odbyła 7. Na posiedzeniach demonstrowano kilkanaście przypadków kazuistycznych ze szpitali i praktyki prywatnej, prócz tego wygłoszono 3 odczyty.

Sekcja lwowska ma 20 członków, odbyła 3 posiedzenia, na których przedstawiono 18 przypadków z kliniki oraz oddziałów szpitalnych. Kasa posiada Zł. 62,95, zaległe składki członków wynoszą Zł. 531,50.

Sekcja poznańska liczy 20 członków, odbyła 5 posiedzeń naukowych z licznemi demonstracjami chorych z kliniki uniwersyteckiej oraz 2 wykłady.

Sekcja łódzka liczy 18 członków, posiedzeń naukowych odbyła 5, w tem jedno wspólne z sekcją warszawską. Na posiedzeniach przedstawiono kilkanaście ciekawych przypadków kazuistycznych.

Sekcja wileńska liczy 14 członków, w okresie sprawozdawczym odbyła kilkanaście posiedzeń z licznemi demonstracjami z kliniki i szpitali miejscowych.

Sekcja krakowska materjałów sprawozdawczych nie przysłała.

D-r *J. Pieniążek* zdał sprawozdanie z bibljoteki Towarzystwa.

Następnie D-r *Tryjarski* w imieniu Komisji Rewizyjnej odczytał sprawozdanie, które wykazało stan ksiąg kasowych Towarzystwa z zupełnym porządku.

Po udzieleniu absolutorjum Zarządowi T-wa Walne Zebranie przystąpiło do dalszego punktu porządku dziennego, mianowicie do sprawozdania redaktora „Polsk. Przeglądu Oto-Laryngologicznego" W sprawozdaniu kasowem zwraca uwagę Prof. *J. Szmurło* ponownie na trudności finansowe, z jakiemi boryka się „Przegląd" i proponuje ponownie umieszczenie w tytule dodatku: „Organ Klinik Uniwersyteckich", co zdaniem jego umożliwiłoby wydatniejsze popieranie finansowe pisma przez poszczególne kliniki. Pozatem zwraca uwagę, że składki członków nie napływają regularnie. Kasa posiada gotówki Zł. 41,75.

W dyskusji nad sprawozdaniami zabrał głos Prof. *Zalewski.* Wszyscy członkowie powinni płacić składki regularnie, wtedy finansowe trudności „Przeglądu" zmniejszą się. Kliniki będą sporadycznie wypłacały pewne subsydja. Proponuje przyjąć spawozdanie en bloc.

D-r *J. Pieniążek* proponuje sprawozdanie redaktora wydrukować w całości.

D-r *L. Lubliner* wyjaśnia, że wniosek w sprawie zmiany tytułu „Przeglądu“ został już załatwiony na poprzedniem Walnem Zebraniu. Następnie przystąpiono do dalszego punktu porządku dziennego.

W poczet członków przyjęto następujących kandydatów: Z Warszawy — dr. *Donatta Juljusza* i dr. *Gelerntera*. Ze Lwowa—dr. *Brauna Karola*, dr. *Ceypka Tadeusza*, dr. *Danielewicza Jana*, dr. *Jankowskiego Wiktora*, dr. *Mościskerównę Emmę*, dr. *Schwarzwalda Artura* i dr. *Wolnera Gecela*. Z Poznania—dr. *Banasiuka Wacława*, dr. *Iwaszkiewicza Jarosława*, dr. *Łączkowską Marję*, dr. *Mikołajewskiego Stanisława* i dr. *Roessler - Stokowską Wandę*. Z Łodzi—dr. *Dynina Jonaja* i dr. *Harbawiego Grzegorza*. Z Wilna—dr. *Wołkowyskiego* i dr. *Rejzenberga*. Z Pińska—dr. *Pragiera Edwarda*. Z Radomia—dr. *Fastmanna L.*

Przystąpiono do wyboru członków Zarządu. Prezesem wybrano ponownie D-ra *J. Czarneckiego* z Warszawy. Resztę członków Zarządu, komisję rewizyjną i redaktora „Polsk. Przeglądu Oto - Laryngologicznego“ pozostawiono bez zmiany.

Po ukończeniu wyborów przystąpiono do następnego punktu porządku dziennego t. j. do wyboru członków honorowych Towarzystwa. Na wniosek prezesa przyjęto jako członków honorowych Towarzystwa przez aklamację: prof. *Maseka* z Zagrzebia, prof. *Vulovica* z Belgradu, prof. *Lemaitre'a* z Paryża, prof. *Citelli'ego* z Katanji i prof. *Silvagni'ego* z Rzymu.

Przystąpiono do ustalenia miejsca i daty przyszłego Zjazdu.

Prof. *Szmurło* proponuje, by Zjazdy odbywały się w lecie pomiędzy majem a wrześniem. Jako temat główny proponuje zapalenia ucha.

Prof. *Zalewski* proponuje jako temat główny: „Ropne zapalenia jam bocznych".

D-r *A. Schwarzbard* zgłasza jako temat programowy: „Zagadnienia endokrynologji i neurowegetatywne w otolaryngologji“.

Na wniosek Prof. *Laskiewicza*, postanowiono przyszły Zjazd urządzić w Poznaniu.

Przewodniczący Walnego Zebrania proponowane tematy programowe przekazał do rozpatrzenia nowemu Zarządowi, poczem zamknął posiedzenie.

Przewodniczący Walnego Zebrania: D-r *L. Lubliner*.

Sekretarz: D-r *K. Szumowski*.

---

## Sprawozdanie Redaktora Polskiego Przeglądu Otolaryngologicznego.

W roku ubiegłym dokończono druk śiódmego tomu Przeglądu. Prace drukowane w tym tomie stały na poziomie prac naukowych Zachodniej Europy, czego mamy dowody objektywne ujawniające się w stosunku wydawnictw zagranicznych do naszego pisma. Niemiecki Zentralblatt für Hals Nasen und Ohrenheilkunde stale domaga się, aby mu przysyłano każdy numer naszego wydawnictwa i w razie opóźnienia numeru niezwłocznie alarmuje Redakcję, kiedy może oczekiwać jego wyjścia. Redaktor Revue d'Otolaryngologie, prof. G. Portmann zwrócił się do Redakcji z prośbą, ażeby mu dostarczała systematycznie streszczenia wszystkich prac, drukowanych w Przeglądzie, będzie je bowiem stale umieszczał

obok streszczeń ze wszystkich najwybitniejszych wydawnictw europejskich. Wreszcie Redaktor Zentralblattu zwrócił się do Redaktora Przeglądu, ażeby mu wskazał dwuch kolegów, którzyby mu dostarczali streszczeń z coraz liczniejszych prac polskich. Widzimy więc, że praca nasza wydaje plon coraz lepszy i coraz obfitszy.

Niestety pod względem finansowym Redakcja nie może pochwalić się podobnie pomyślnemi wynikami.

Z załączonego sprawozdania widać, że opłaty członkowskie napływają bardzo niedbale: licząc po 20 złotych od członka roczna suma składek od 141 członków powinna by wynosić 2820 złotych tymczasem w roku ubiegłym Redakcja zaledwie otrzymała połowę bo 1465 zł. Łódź, Kraków i Wilno nie wpłaciły nic: z Warszawy opłaty wynosiły nieco ponad 50% sumy należnej 550 zł. zamiast 880 zł. Jednem słowem brak nam z tego źródła 1375 złotych.

Drugie ważne źródło dochodu stanowią kliniki, które opłacają za druk swych artykułów. Takie było postanowienie walnego zgromadzenia z roku 1928. Oblicza się normalny koszt arkusza względnie stronicy druku (160 złotych względnie 10 złotych). Wszystkie kliniki decyzję Walnego Zgromadzenia przyjęły i pieniądze za prace swych klinik wpłacały. Jedna tylko klinika Krakowska, która przysłała nam dużą i ciekawą pracę Miodońskiego i Nodzyńskiego, chociaż Kierownik kliniki przed drukiem pracy był powiadomiony o warunkach nie opłaciła dotychczas ani grosza. Z tego źródła wpłynęło do Redakcji 1241„ zł. czyli prawie tyle co składek członkowskich. I gdyby nie ofiarność grupy kolegów, którzy na ręce D-ra Czarneckiego wpłacili po 100 zł. i szczególnie kol. Schwarzbarta, który ponadto osobiście

## SPRAWOZDANIE
## Redakcji Polskiego Przeglądu
## za rok

### Wpływy.

| | | |
|---|---|---|
| Saldo z ostatniego sprawozdania . . . . . . . . | | 68.13 |
| Warszawa: od Dr. Czarneckiego . . | 1.000.— | |
| od Tow. Otolaryngolog. . | 550.— | 1.550.00 |
| Poznań: od Pr. Laskiewicza . . . . . . . . . . | | 1.135.00 |
| Lwów: zł. | 315.— | |
| zł. | 280.— | 595.00 |
| Kraków: . . . . . . . . . . . . . . . . . . | | 200.00 |
| Wilno: Klinika Otolaryngolog. . . . . . . . . . | | 426.00 |
| Prenumeratorzy . . . . . . . . . . . . . . | | 166.50 |
| Procenty P. K. O. . . . . . . . . . . . . . . | | 5.17 |
| Razem złotych . . . | | 4.155.80 |

wpłacił 200 zł. nie wystarczyłoby pieniędzy na opłacenie 7-go tomu naszego wydawnictwa.

Trzecie źródło dochodu stanowią ogłoszenia. Nasz Przegląd może poszczycić się, że posiada tych ogłoszeń dość dużo. Niestety obecny kryzys odbił się na tem źródle. Więc firmy drukują ogłoszenia, ale z opłatą zwlekają, proszą o prolongatę. Z ogłoszeń w roku sprawozdawczym oprócz obietnic Redakcja nie otrzymała nic.

Pomimo niekorzystnych warunków roku ubiegłego Redakcja nie traci nadziei, że przyszły tom uda się jej wydać w ciągu roku podobnie jak tom siódmy; prosi tylko szanowych przewodniczących sekcyj ażeby stały czynili nacisk na swoich członków, z których wielu nie poczuwa się do obowiązku płacenia za wydawnictwo które otrzymują: Na wydawnictwo jednego tomu liczącego 20 arkuszy druku potrzeba przeciętnie 4000 złotych. Jeżeli 141 członków wpłaci należne od nich 2820, jeżeli kliniki wpłacą po 400—500 złotych rocznie, istnienie pisma jest w zupełności zapewnione.

Nie potrzebuję dowodzić, że w interesie polskich otolaryngologów a zwłaszcza polskich klinik otolaryngologicznych leży, ażeby prace ich własne we własnym organie były drukowane, a nie gdzieś były rozrzucane po różnych krajowych i zagranicznych czasopismach. Wtedy dopiero zarówno u nas jak i zagranicą zaczną się sfery naukowe z niemi liczyć i zaczną je uważać za wielkości równoznaczne z klinikami zagranicznemi i przestaną je traktować jako quantités negligeables, jak to niestety do niedawna nieraz się słyszeć zdarzało.

## KASOWE

## Otolaryngologicznego

## 1930/31.

**Rozchód.**

| | | |
|---|---|---|
| Manipulacje i prowizja P. K. O. . . . . . . . . | | 5.65 |
| Przesyłka do prenumeratorów „Przeglądu" . . . | | 133.40 |
| Wpłacono drukarni „Pax": | | |
| Resztę za Tom VII z. I . . . . | 478.00 | |
| Za Tom VII z. 2—3 . . . . . | 1.991.10 | |
| A conto T. VII z. 4 . . . . . | 1.505.90 | 3.975.00 |
| Razem złotych . . . | | 4.114.05 |
| Saldo kasy gotówką i w P. K. O. . . . . . . . . | | 41.75 |
| | | 4.155.80 |

# Sekcja Warszawska Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego.

## Posiedzenie naukowe z dnia 27.IX 1928 roku.

Przewodniczący *Czarnecki*, sekretarz *Tryjarski*.

Przypadek raka krtani, leczony radem, przedstawili *Karbowski — Flokszstrumpf*.

Przypadek dotyczy mężczyzny 38 l. Zgłosił się z powodu chrypki i uczucia ciała obcego w krtani. Badanie 26.II wykazało: guz wielkości fasoli, wychodzący z fałszywej struny głosowej lewej. Powierzchnia guza wykazywała ubytek tkanki, pokryty szarawym nalotem. Badanie anatomo-pat. wykazało Ca (prof. Paszkiewicz). Po 5 tygodniach leczenia u niespecjalistów (chory na operację nie zgadzał się) guz znacznie powiększył się, zjawiła się duszność, chory stracił na wadze, gruczoły na szyi powiększone. Wobec powyższego wykonano tracheotomję dolną. W końcu kwietnia wprowadzono 12 mgr. radu do krtani na 3 doby, jednocześnie nałożono kołnierz zawierający 40 mgr. na 12 dni. Po zastosowaniu radu stwierdzono w gardzieli i krtani szary nalot który stopniowo znikł. W połowie maja t. r. mogłem stwierdzić zupełny zanik nowotworu. W miejscu nowotworu stwierdziłem ubytek tkanki odpowiadający rzekomej strunie głosowej. Nalewka lewa w ruchach swoich wyraźnie ograniczona; gruczoły na szyi niemacalne, bezgłos znikł.

*Karbowski* przedstawił chorą lat 20, u której neurolodzy przypuszczają nowotwór przysadki retroselarny.

Chora od roku cierpi na bóle głowy i postępujący zanik wzroku. Przed operacją chora nie widziała palców lewem okiem (tuż przed okiem), prawem zaś odróżniała palec z odległośc 1 metra.

Z polecenia D-ra Flatau dokonałem obustronnego otwarcia zatok klinowych z usunięciem przegrody między zatokami. Operacja wykonana została transseptalnie sposobem Hirsza. Już po operacyi stwierdzić można było znaczną poprawę wzroku lewego oka. Po zastosowaniu radu w ilości 20 mgr. w ciągu 48 godzin nastąpiła wkrótce dalsza poprawa wzroku. Obecnie chora widzi palce lewem okiem w odległości 6 mtr. prawem — 2 mtr.

Dyskusja. *Sinołęcki* przytacza podobny własny przypadek.

*Srebrny* zaznacza, że chorego z nowotworem krtani (który był u Karbowskiego dnia 26.II 1928 r.) widział już dnia 3.I 1928 r. i wtedy już postawił rozpoznanie Ca na zasadzie obrazu klinicznego, przy badaniu anatomo-patologicznem i Wasermannie ujemnym.

*Lubliner* w dłuższem przemówieniu podzielił się z kolegami swemi wrażeniami ze Zjazdu Międzynarodowego w Kopenhadze.

## Posiedzenie naukowe dnia 25.X 1928 roku.

Przewodniczący *Czarnecki*, sekretarz *Tryjarski*.

*Karbowski* przedstawił 20 letnią pacjentkę po operacyi usunięcia ciała obcego (igły do szycia) z bocznej ściany gardzieli. Igła przedostała się do zwieracza gardzieli i utkwiła głęboko w mięśniach. Roentgenogram wykazał, że igła znajduje się w prawej bocznej ścianie gardła, przyczem ostry koniec igły przylega

do kości gnykowej, uszko zaś znajduje się blisko kości rylcowej. Operacja wykonana została w znieczuleniu miejscowem i polegała na odseparowaniu śluzówki i rozdzieleniu mięśni dolnej połowy tylnego łuku aż do fałdy gardzielowonagłośniowej. Przy wyciąganiu igły peanem złamano ją i wyciągnięto tylko większą dolną część igły, górna zaś pozostała, nie udało się bowiem jej odszukać. Chora czuje się dobrze, przełyka swobodnie.

W związku z wyżej przytoczonym przypadkiem Lubliner, B. Chorążycki i Czarnecki podają krótkie wzmianki o podobnych przypadkach z własnej praktyki.

*Lubliner* podaje przypadek złośliwego nowotworu w uchu środkowem. Chory St. Mik, lat 45 przybył na oddział Jego dnia 16 sierpnia b. r. z powodu przewlekłego ropienia z ucha środkowego, powikłanego paraliżem n. twarzowego. Dokonano operacyi doszczętnej i wypisano chorego dnia 8 września. W półtora miesiąca chory ponownie został przyjęty na oddział. Nad i pod raną zauszną znajdujemy guzowatości dość twarde łatwo krwawiące. W części dolnej rany znajdujemy guz wielkości orzecha włoskiego o nierównej powierzchni, wyrastający z jamy bębenkowej. Nowotwory te, jak podaje chory, wytworzyły się w ciągu ostatnich 3 tygodni.

Badanie drobnowidowe usuniętych guzów wykazało budowę raka płaskokomórkowego o typie nieprawidłowym. Już podczas pierwszej operacji zauważono, że pod tylną ścianą bujanie ziarniny było b. znaczne, lecz badanie drobnowidowe nie było dokonane. Obecnie chory leczony jest promieniami Roentgena.

W dyskusyi zabierali głos: Pęski, Dworecki, Wygodzki i Koenigstejn — ten ostatni radzi podwiązania carotis i stosowania radu.

*Kmita* demonstruje chorą, po operacyi zatoki czołowej t. zw. „skróconą" metodą Hallego; chora jednocześnie przeszła radykalną operację zatoki szczękowej sposobem Caldwell-Luca, jak również doszczętną operację zatoki sitowej przez nos. Chora od 20 lat cierpiała na ropne zapalenie zatok obocznych nosa i była operowana dwukrotnie. Dotkliwy ból w czole, ropienie i polipy zmusiły ją do poddania się ponownej operacyi. Roentgenogram potwierdza zajęcie zatok. Obecnie po trzynastu dniach od chwili operacyi, chora czuje się dobrze, bóle ustąpiły, drożność nosa zupełna. Do zatoki czołowej prowadzi szeroki przewód, przepuszczający najgrubszy zgłębnik Rittera. Obecnie Halle robi właściwie rozszerzenie kanału nosowoczołowego, a mianowicie, po stworzeniu platu z błony śluzowej na miejscu przyszłego dlutowania, przedewszystkiem odbija dłutem nieruchomą część muszli środkowej i odchyla ją ku linji środkowej; następnie ostrożnie uderzeniami dłuta odbija z ramus ascendens max. super., idąc ku górze, potrzebną część, już w tym okresie operacyi widzi się przednie komórki kości sitowej i można je wszystkie usunąć doszczętnie z tą samą dokładnością, jak przy operacyi zatoki sitowej od zewnątrz; obecnie operacja rozszerzenia kanału noso-czołowego jest zakończona i dostęp do zatoki jest dostateczny dla wprowadzenia swobodnie grubej rurki w celu przepłukania i odpływu wydzieliny z zatoki. Jeśli Halle chce wyskrobać błonę sluzową zatoki czołowej, zdejmuje całą dolną ścianę t. j. spina nasalis interna zapomocą frezy, borującej od tyłu ku przodowi.

W dyskusyi zabierali głos: *Sinołęcki* stwierdza brak rozpoznania ścisłego, bowiem Roentgen nie zawsze jest miarodajnym, a demonstrację po 13 dniach uważa za przedwczesną.

*Karbowski. B. Chorążycki, Koenigstejn.* Ten ostatni wspominając o metodzie Hallego, która dąży do możliwie szerokiego otwarcia zatok dodatkowych nosa drogą wewnątrznosową, zaznacza, że autor tej metody w każdym przypadku uprzednio usuwa podsluzowo laminam perpendicularem przegrody nosowej, by ją z łatwością odsunąć na bok celem lepszego dostępu do zatok względnie do zatoki czołowej. Pozatem w zupełności aprobuje metodę postępowania Kmity.

## Posiedzenie naukowe dnia 20.XI 1928 r.

Przewodniczący—*Czarnecki,* sekretarz—*Tryjarski.*

1) Dziecko 16-to miesięczne, przybyło na świat z absolutnym brakiem muszel usznych i kompletnem zarośnięciem przewodów zewnętrznych uszu. W miejscach odpowiadających wejściu do ucha zewnętrznego widzimy duże jamki. Słuch częściowo zachowany, gdyż dziecko mówi niektóre wyrazy. Na obrazie röntgenologicznym zmian w układzie kostnym nie widać.

Dziecko przybyło na oddział mój z powodu ropnia dokoła „ucha" prawego, czyli „abscessus retroauricularis". Było operowane z tego powodu i w stanie poprawy zostało wypisane.

W dyskusji zabierali głos. *Dobrowolski, Kmita, Czarnecki.*

2) *M. Hurwicz*: Przypadek wycięcia krtani i połowy gardzieli z powodu raka zatoki gruszkowej.

Z szesnastu raków krtani operowanych przeze mnie w ciągu mojej praktyki lekarskiej, przypadek demonstrowany jest najciekawszym ze względu na to, że pomimo wyjątkowo rozległego procesu rakowatego i bardzo ciężkiego zabiegu chory po upływie trzech tygodni mógł sam się odżywiać, a w końcu czwartego tygodnia jako rekonwalescent z małemi rankami na miejscu usuniętych sączków z gazy, wypisać się z zakładu.

Gładki ten przebieg, szybkie przywrócenie możności odżywiania się, przypisać, mojem zdaniem, jak mi pokazało doświadczenie przy ostatnich moich przypadkach, należy głównie płatowi skórno-powięziowemu, który odgrywa kolosalną rolę, stanowiąc przykrycie i oparcie dla zniekształconej przez zabieg przedniej ściany gardzieli i chroniąc pacjenta od powstawania dużych przetok gardzielowo-skórnych, uporczywie się gojących i wymagających pomocniczych zabiegów plastycznych.

Skórno-powięziowy ten płat, stanowiący moją modyfikację operacji Glücka i Sörensena wykrawa się w sposób następujący:

Pod znieczuleniem miejscowem cięcie skóry od kąta żuchwy wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia sutkowo-obojczykowo-mostkowego z obu stron aż do wysokości jamki jarzmowej. Cięciem poprzecznem na tejże wysokości łączymy oba boczne cięcia. Wykrawa się płat skórno-powięziowy w postaci klamry i tak odpreparowany umocowuje się na przodzie.

Następuje radykalne usunięcie krtani wraz z nacieczoną nowotworową częścią gardła, poczem płat układa się z powrotem na swoje miejsce obszywając jego dolnym brzegiem wylot tchawicy. W ten sposób wszystkie szwy gardzieli i przełyku zostają pokryte tym płatem.

Przebieg pooperacyjny był naogół typowy i gładki. W ciągu pierwszych 18 dni chory był obficie karmiony przez zgłębnik, wprowadzony do żołądka przez

nos. Po usunięciu zgłębnika pacjent zaczął odżywiać się drogą naturalną. Niewielkie na początku wypływanie pokarmów przez boczne otwory po kilku dniach zupełnie znikło i chory zaczął przybierać na wadze.

Muszę zaznaczyć, że gwałtowne bóle, które właściwie jedynie sprowadziły chorego na stół operacyjny, zupełnie ustały i chory obecnie jest pełen życia i zdolny do pracy.

W końcu słów parę o wywiadach.

Pan J. T., zamieszkały w Warszawie, zachorował przeszło rok temu. W piątym miesiącu choroby zaproponowano choremu operację usunięcia krtani po drobnowidowem skonstatowaniu raka zatoki gruszkowatej.

Na ten zabieg chory zgodzić się nie chciał. Zgodził się natomiast po upływie 8-miu miesięcy od początku choroby na mniejszy zabieg, który polegał na tem, że zrobiono mu podwiązkę art carot. exter. d. i *simpaticectomię* na art. carolis communis, usunięcie gruczołów chłonnych wzdłuż pochewki dużych naczyń szyjowych. Po trzech tygodniach po zabiegu tym zaaplikowano choremu radowy kołnierz.

W dyskusji zabierali głos: *Srebrny:* a) chorego widział przed zabiegiem i określił cierpienie jako rak zatoki gruszkowatej; wtedy nie namawiał chorego do operacji, co jednak uczynił przy powtórnej wizycie w celu uwolnienia chorego od bólów; b) zaznacza, że kol. Sörensen z Berlina wykonywał podobne operacje już dawniej.

*Karbowski*—radził podwiązanie art. carotis comm. i leczenie radem.

3) *Kmita* demonstruje chorego Z. po trepanacji wyrostka sutkowego zagojonego w przeciągu 3 tygodni ze zrośnięciem się skóry per primam.

To przyśpieszenie zagojenia rany i osiągnięcie kosmetycznego rezultatu Kmita otrzymuje w ten sposób, że w każdym poszczególnym wypadku oczyszcza kostną ranę doszczętnie, wygładza ją, usuwa kompletnie wierzchołek, brzegi powstałej kostnej rany scina dłótem, nadając spadzistość brzegom i w ten sposób zgładzając głębokość kostnej rany; tylną ścianę przewodu usznego częściowo usuwa. Następnie nakłada szwy na skórę, pozostawiając niezaszytą dolną część rany, przez którą wsuwa pasek gazy; po tygodniu lub dziesięciu dniach gazę usuwa. Rana kostna okazuje się wypełnioną pulchną ziarniną, która wraz ze skórą zrasta się zapomocą blizny i gojenie zostaje zakończone. Kmita zaznacza, że przez zniesienie wierzchołka wyrostka połowa rany kostnej od dołu zostaje odrazu wypełniona mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym.

W dyskusji zabierali głos *Pęski* i *Gottfryd.*

4) *Tryjarski* demonstruje przypadek zwężenia przełyku i częściową przeponę gardzieli po oparzeniu ługiem. Przypadek przedstawiał początkowo trudności w sondowaniu, leez i te w końcu zostały usunięte po zastosowaniu odpowiednich zgłębników.

W dyskusji zabierali głos *Hellin* i *Srebrny.*

5) *Pęski* demonstruje chorego po oparzeniu przełyku ługiem naskutek czego wystąpił niedowład przepony (przedstawił fotografję Roentgena).

W dyskusji zabierał głos *Mesz.*

6) *Karbowski* przedstawił przypadek okresowego osłabienia słuchu.

Dyskusja: *Pęski, Kmita, Hellin.*

7) *Czarnecki* podaje tematy na Zjazd w Wilnie 1929 r.

8) *Czarnecki* odczytał rezolucję Zarządu w kwestji podawania referatów do pism krajowych i zagranicznych. Brzmienie odezwy następujące: Wychodząc z założenia, że wobec trudnych warunków rozwoju polskiego piśmiennictwa naukowego, prace oryginalne autorów naszych winny być otoczone jaknajbardziej pieczołowitą opieką, a osoby ich autorów należnym szacunkiem i powszechną życzliwością, Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne w sposób jaknajbardziej stanowczy uprasza, ażeby koledzy, piszący ocenę jakiejś pracy do pism krajowych, obok wytykania w sposób rzeczowy fachowych usterek, zaznaczali jednocześnie i wartościowe strony danej pracy, nie starając się jedynie „szukać dziury w całem"; piszący zaś sprawozdania do pism zagranicznych, ażeby zechcieli ograniczyć swą rolę do ścisłego a dokładnego streszczenia, powstrzymując się od dodawania własnych komentarzy, a już w każdym razie takich, któreby mogły pomniejszać wartość omawianej pracy. Jest bowiem rzeczą niedopuszczalną, ażeby ci, co w ciężkich warunkach obecnej doby zabiegają o pomnożenie dorobku rodzimej wiedzy, byli z tego powodu narażani na przykrości, które osoby bardziej wrażliwe mogą nawet zniechęcić do dalszej pracy, jak również niepożądanem jest, ażeby na tle niewłaściwej krytyki powstawały animozje i nieporozumienia pomiędzy członkami Towarzystwa, którzy wobec skromnej wogóle liczby polskich otolaryngologów winni stanowić jedną wielką rodzinę.

9) *J. Tencer* — Anginy ze swoistym obrazem krwi.

Systematycznie przeprowadzane badanie krwi w ostrych zapaleniach gardła doprowadziły do wykrycia i wyodrębnienia dwuch postaci angin, występujących rzadko, a charakteryzujących się swoistym obrazem hematologicznym, pierwsza z nich, opisywana najczęściej pod nazwą anginy monocytowej, występuje u osobników młodych w wieku lat 12 do 27. Choroba rozpoczyna się nagle wśród ogólnego osłabienia. W gardle chorych stwierdza się obraz anginy błoniczej lub też martwiczej. Bardzo szybko występuje obrzmienie gruczołów chłonnych w różnych okolicach ciała. a przedewszystkiem na szyi. Śledziona ulega znacznemu powiększeniu. Brak żółtaczki i skazy krwotocznej. $T^0$, dochodzącą do $40^0$, utrzymuje się długo, niekiedy przez 5 tygodni. W obrazie krwi uderza znaczny odsetek monocytów przy normalnej lub nieco zwiększonej liczbie białych ciałek krwi oraz prawidłowym stanie erytrocytów. Choroba kończy się pomyślnie, jednakże jeszcze długo po przebyciu choroby można wykazać we krwi dużą ilość monocytów — Werner Schultz wprowadził dla tej choroby nazwę anginy monocytowej. Obecnie ten sam autor radzi używać nazwy ogólniejszej a. m. a. limfoidalnej, którą dzieli na limfocytowo-limfoidalną, monocytową i myeloblastową. Praktycznie wchodzą w grę tylko pierwsze 2 grupy.

Etjologja anginy limfoidalnej nie jest wyjaśniona. Chodzi o zakażenie zarazkiem, kt. szczególne powinowactwo wykazuje do tkanki adenoidalnej. Należy różniczkować tę anginę od ostrej białaczki limfocytowej, a. Plaut-Vincenti i błonicy. O rozpoznaniu decyduje obecność 3 objawów zasadniczych: głębokie lub powierzchowne zapalenie martwicze migdałków, ogólne bujanie w obrębie narządu limfatycznego i obraz krwi. Rokowanie w tej anginie jest pomyślne. Leczenie jest przeważnie objawowe.

Druga z postaci angin, rzadko spotykanych, różni się od a. limfoidalnej szybkim przebiegiem i naogół niepomyślnem zejściem. Dotyczy ona częściej kobiet niż mężczyzn. Początek choroby jest nagły. Występuje silna gorączka. W gardle chorych stwierdza się zrazu objawy zwykłej anginy, do której jednakże

szybko przyłączają się zmiany martwicze i owrzodzenie. Niekiedy podobne zmiany występują na powłokach skórnych i genitaljach. Skazy krwotocznej nie stwierdza się, jednakże często występuje żółtaczka. Śledziona, wątroba i gruczoły chłonne nie są powiększone. We krwi stwierdza się silną leukopenję obok zupełnego braku granulocytów. Sprawa zazwyczaj kończy się śmiertelnie, jedynie w nielicznych przypadkach następuje wyzdrowienie. Anatomo - patologicznie stwierdza się w tej anginie: zmiany martwicze błon sluzowych, obrzmienie gruczołów chłonnych, szpiku kostnego oraz odoskrzelowe zapalenie płuc. W szpiku kostnym niema zupełnie granulocytów, narząd erytroblastyczny znajduje się w stanie prawidłowym.

Choroba ta nosi najczęściej nazwę anginy agranulocytowej, gdyż najbardziej dla niej charakterystycznym jest obraz krwi. Etjologja tej anginy nie jest jasna. Nie ustalono, czy jest to choroba zakaźna, tem mniej jest wiadomem jaki zarazek chorobotwórczy wywołuje to cierpienie. Badania doświadczalne nie dały wyniku pozytywnego. Wielce prawdopodobnem jest przypuszczenie, że w anginie tej chodzi o wyczerpanie się narządu granulocytowego w wypadku zaatakowania ustroju przez jakiś bliżej nieznany czynnik chorobotwórczy.

Rokowanie w anginie agranulocytowej jest niepomyślne. Doniedawna żaden ze sposobów leczniczych nie odnosił skutku. Obecnie zanotowano szereg przypadków wyzdrowienia naskutek bądź to zastosowania transfuzji krwi bądź też roentgenoterapji.

Omówione postacie angin, zarówno limfoidalna jak i agranulocytowa, znacznie częściej występują, niż są rozpoznawane. Do rzędu tych angin należy prawdopodobnie zaliczyć niektóre niezwykłe postacie anginy Plaut-Vincenti oraz anginy septyczne i nekrotyczne. Są to błędy rozpoznawcze, które dadzą się uniknąć, o ile pamiętać będziemy o doniosłości badania krwi w anginach.

Dyskusja: *D. Hellin* — w związku z tak interesującym odczytem proponuje zachęcanie kolegów do wygłaszania podobnych referatów.

*Lubliner* — podnosi wagę dokładnego badania gardła w związku ze zmianami we krwi; poza tem omawia anginy infekcyjne i uważa za wskazane otworzenie stacji miejskiej do badań bakterjologicznych.

*Karbowski* omawia kilka przypadków anginy Vincenti łącznie z dyfterytem.

*Chorążycki B.* Ciężkie przypadki anginy agranulocytotycznej przypominają niekiedy anginę septyczną, która u nas na szczęście jest dość rzadką. Natomiast w Berlinie w ostatnich latach przypadki anginy septycznej się mnożą, także przy szpitalu im. Virchowa miasto urządziło specjalną stację dla nich pod kierownictwem prof. Clausa, który stoi na czele oddziału laryngologicznego. Ten ostatni ogłosił już 28 takich przypadków, z których połowę wyleczył zapomocą rozległych operacyj z podwiązaniem żyły twarzowej, jarzmowej i nawet zatoki esowatej i poprzecznej, gdyż w kilku przypadkach zakrzep żylny sięgał aż tak daleko.

## Posiedzenie naukowe z dnia 27.XII 1928 r.

Przewodniczący *Czarnecki*, sekretarz—*Tryjarski*.

1) *Chorążycki B.* przedstawił 59-letniego chorego po wyłuszczeniu krtani z powodu carcimoma i jednocześnie pokazał samą krtań. Guz zaczyna się tuż nad strunami głosowemi i obejmuje też całą nagłośnię, która jest zgrubiała i owrzodzona na tylnej powierzchni. Cały niezmieniony brzeg nagłośni siedzi jak

koronka na nowotworze. Operacja była wykonana przez D-ra Sołowiejczyka przed 8 tygodniami. Obecnie widzimy recydywę nowotworu na nasadzie języka, co można było przewidzieć, gdyż podczas operacji zauważono, że tkanka nowotworowa sięgała aż do samego języka.

Dyskusja: *Lubliner* sądzi, że przypadek nie należy do pospolitych i przypuszcza, że punktem wyjścia nowotworu była nasada języka. Chirurg w takich razach winien to uwzględnić i wyciąć część języka.

*Karbowski* zaznacza, że operacja powinna być szerzej ujętą.

2) *Karbowski* przedstawia 30-letnią chorą, która przed kilku laty spostrzegła zniekształcenie lewego oka. Oko lewe wystawało bardziej niż prawe z oczodołu i przesunięte było ku dołowi. Chora była wówczas operowana. Pomimo dokonanej operacji wytrzeszcz i przesunięcie oka ku dołowi powiększyły się. Obraz kliniczny przypominał przypadki złośliwych guzów górnej szczęki i jak chora twierdzi, proponowano jej rezekcję górnej szczęki z wyłuszczeniem gałki ocznej. Chora na ten radykalny zabieg nie zgodziła się. Badanie zapomocą diaphanoskopji wykazało, że górna szczęka jest normalna. Zaproponowałem chorej usunięcie guzów dostępnych bez wyłuszczenia gałki ocznej. Usunięty został guz wielkości orzecha leśnego zpod dolnej powieki i guz wielkości fasoli zpod górnej. Kosmetyczny rezultat zabiegu okazał się niedostatecznym, albowiem nie udało się usunąć guzów, które znajdywały się poza gałką. Badanie histologiczne wykazało, że mamy w tym przypadku liczne guzy dobrotliwe—włókniaki o zwyrodnieniu szklistem.

W dyskusji zabierali głos: *Chorążycki B., Lubliner, Srebrny, Hellin, Czarnecki.*

---

# Wiadomości bieżące.

1) Klinika Otolaryngologiczna w Wilnie po porozumieniu z Kuratorjum Okręgu Wileńskiego organizuje wykłady dla nauczycieli. Kurs Wykładów z dziedziny zboczeń i wad mowy i głosu. Kurs rozpocznie się 13 lutego i trwać będzie 4 miesiące. Kierownictwo Kursu objął prof. Szmurło, sekretarjat docent Dylewski. Kurs przewiduje oprócz wykładów teoretycznych jeszcze zajęcia praktyczne. Załączony program przedstawia szczegółowo zakres kursu.

Kurs składa się z 2-ch części — teoretycznej i praktycznej. Czas trwania kursu 4 miesiące (od 13 lutego do 13 czerwca 1932 r). Część teoretyczna kursu będzie trwała od 13 lutego do 23 kwietnia, poczem słuchacze, podzieleni na grupy, będą odbywali ćwiczenia praktyczne. Miejsce wykładów i ćwiczeń: Klinika Uszno-gardlana U. S. B. (Antokol, przy szpitalu wojskowym), Klinika Neurologiczna U. S. B. (przy szpitalu św. Jakóba, ul. Trzeciego Maja), Przychodnia dla dzieci z wadami mowy i głosu (ul. Wielka 3), Klasa dla dzieci z wadami mowy i głosu przy szkole powszechnej Nr. 3 (ul. Ostrobramska) i szkoła dla głuchoniemych (ul. Witoldowa).

Sobota, 13/II godz. 18-ta Sala Kuratorjum (ul. Wolana 10). Otwarcie Kursu. „Historyczny rozwój nauki o chorobach mowy i głosu". Prof. D-r J. Szmurło.

Wtorek, 16/II godz. 18—20-ta, Klinika Uszno-gardlana. „Częstość występowania wad mowy i walki z niemi". D-r B. Dylewski.

Czwartek, 18/II godz. 18—19-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Rozwój fizyczny dziecka". Prof. D-r W. Jasiński.

Czwartek, 18/II godz. 19—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Ośrodki mowy i pisma w mózgu". Prof. D-r M. Rose.

Sobota, 20/II godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Anatomja narządów, biorących udział w wytwarzaniu mowy i głosu". Doc. D-r T. Wąsowski.

Wtorek, 23/II godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Anatomja narządów, biorących udział w wytwarzaniu mowy i głosu". Doc. D-r T. Wąsowski.

Czwartek, 25/II godz. 18—19-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Rozwój mowy u dziecka". D-r B. Dylewski.

Czwartek, 25/II godz. 19—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Mechanizm mowy". D-r B. Dylewski.

Sobota, 27/II godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Fizjologja narządów, biorących udział w wytwarzaniu mowy i głosu". Prof. D-r J. Szmurło.

Wtorek, 1/III godz. 18—20-ta. Klinika Neurologiczna. „Psychologja mowy". D-r H. Jankowska.

Czwartek, 3/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Fizjologja mowy i głosu. Prof. D-r J. Szmurło.

Sobota, 5/III godz. 18—19-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Klasyfikacja chorób mowy i głosu". Prof. D-r J. Szmurło.

Sobota, 5/III godz. 19—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Choroby mowy i głosu, powstałe wskutek zmian organicznych w narządach mowy i głosu". Prof. D-r J. Szmurło.

Wtorek, 8/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Niedorozwoje i zaburzenia psychiczne u dzieci". D-r H. Jankowska.

Czwartek, 10/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Zaburzenia mowy, powstałe wskutek nieprawidłowego jej rozwoju". D-r B. Dylewski.

Sobota, 12/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Czynnościowe choroby mowy" (bełkotanie, wadliwe wymawianie, reranie, łełanie i t. d.). D-r B. Dylewski.

Wtorek, 15/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Szeplenienie". D-r B. Dylewski.

Czwartek, 17/III godz. 18—20-ta. Klinika Neurologiczna. „Zaburzenia mowy w czynnościowych cierpieniach układu nerwowego". Doc. D-r J. Hurynowiczówna.

Wtorek, 22/III godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Badanie inteligencji dzieci". D-r H. Jankowska.

Czwartek, 7/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Jąkanie". D-r B. Dylewski.

Sobota, 9/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Jąkanie". D-r B. Dylewski.

Wtorek, 12/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Zaburzenia mowy w chorobach psychicznych" (z demonstracją chorych). D-r Z. Bojarczykówna.

Czwartek, 14/IV godz. 18—20-ta. Klinika Neurologiczna. „Zaburzenia mowy w cierpieniach organicznych układu nerwowego". Doc. D-r J. Hurynowiczówna.

Sobota, 16/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Choroby głosu". D-r B. Dylewski.

Wtorek, 19/IV godz. 18—19-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Fonastenja". D-r B. Dylewski.

Wtorek, 19/IV godz. 19—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Sposoby badania i rejestrowania ruchów mowy i głosu". D-r B. Dylewski.

Czwartek, 21/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Higjena mowy i profilaktyka chorób mowy i głosu". Prof. D-r J. Szmurło.

Sobota, 23/IV godz. 18—20-ta. Klinika Uszno-gardlana. „Plan badania chorych z wadami mowy i głosu" (podział słuchaczów na grupy celem odbywania ćwiczeń praktycznych). D-r B. Dylewski.

**Część praktyczna.**

Grupowe zajęcia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób mowy i głosu. Zajęcia te będą odbywać się: 1) w Poradni dla chorych z wadami mowy i głosu przy Klinice Uszno-gardlanej U. S. B. 2) w Przychodni szkolnej dla dzieci z wadami mowy i głosu. 3) w szkole dla dzieci z wadami mowy i głosu i 4) w Szkole dla głuchoniemych.

Po ukończeniu kursu słuchacze składają egzamin z części teoretycznej i praktycznej przed Komisją, złożoną z wykładowców profesorów U. S. B. i ich zastępców w obecności przedstawiciela Kuratorjum. Po złożeniu egzaminu nauczyciele otrzymują zaświadczenia, uprawniające do leczenia wad mowy i głosu w szkołach.

2) Na odbytym we wrześniu Zjeździe Otolaryngologów jugosłowiańskich, w którym wzięli udział z polskich otolaryngologów kol. J. Czarnecki i Z. Srebrny, na posiedzeniu odbytem wspólnie z kol. czeskimi i bułgarskimi został wybrany Komitet organizacyjny sekcji otolaryngologicznej wszechsłowiańskiego Zjazdu lekarzy, który ma się odbyć w Poznaniu w 1933 r. Do komitetu tego ze strony polskiej zostali wybrani kol. Czarnecki i Srebrny z Warszawy, prof. Laskiewicz z Poznania i prof. Szmurło z Wilna.

3) Otrzymujemy zawiadomienie od Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie, że dział medyczny Instytutu mieszczący się przy ul. Wawelskiej 15, rozpoczął swe prace w początkach stycznia r. b. Dyrektorem tego działu jest d-r F. Łukaszczyk, który odbył kilkuletnie studja w Instytucie Radowym w Paryżu, a potem w Niemczech i w Szwecji. Szpital ma 62 łóżka: I, II i III klasy i następujące działy: leczenia radem, leczenia promieniami Roentgena z 5 miejscami do głębokiej terapji i jednym aparatem diagnostycznym oraz dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendoterapji. Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w Przychodni Instytutu, czynnej codziennie oprócz świąt w godzinach przedpołudniowych. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądanem jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych.

---

## RÉSUMÉ DES ARTICLES.

*Laskiewicz.* Contribution a la clinique des lésions de l'amygdale linguale. L'hypertrophie de l'amygdale linguale se présente soit sous forme d'aggrandissement égal du tissu lymphoïde sur la base de la langue, soit comme une saillie médiane ou bilobée.

Histologiquement on observe la structure lymphoïde avec plusieurs foyers de germe plus ou moins développés.

Outre des symptomes subjectifs (sensation de gêne, de râclement, de corps étranger dans la gorge, une toux pénible, et parfois l'enrouement) l'auteur avait observé une parésie evidente des muscles du hypopharynx de même que de véritables hemorroïdes à la base de la langue. Toutes les lésions inflammatoires de l'amygdale linguale l'auteur divise en: 1) l'amygdalite folliculaire aiguë, 2) periamygdalite phlégmoneuse de la base de la langue, 3) glossite aiguë en consequence de l'angine ou des corps étrangers dans la langue, 4) amygdalite chronique désquamative. Keratosîs de l'amygdale linguale se forme sous l'influence des bacilles Gramnegatifs (comme le bacille de Friedländer) qui provoquent les troubles parakeratosiques d'épithélium cryptique. Dans un cas cité par l'auteur on a observé l'inflammation intensive de l'amygdale linguale avec plusieurs petites saillies blanchâtres isolées, simulant des crêtes de coq. Le frottement avec le pinceau, de même que la cautérisation de l'amygdale n'a put réussir à les détacher tellement elles ont été adhérentes. C'était seulement l'amygdalectomie qui a guéri ce malade.

Dans la syphilis tertiaire l'auteur a constaté quelquefois des petites gommes sur la base de la langue, avec ou sans symptômes de glossite interstitielle de la base.

*Wąsowski.* L'influence de pernoctone sur les réflexes labyrinthiques. L'auteur rend compte des expériments faits sur les lapins pour démontrer l'influence de pernoctone sur les réflexes oculaires, statiques et statocinétîques. Il inscrivait au kymographion les mouvements oculaires des lapins intoxiqués, de même que ceux qui dépendaient de la réaction calorique, en joîgnant la cornée de l'oeil avec un régistrateur très fin par un petit hameçon enfoncé au milieu de la cornée et permettant de régistrer tous les mouvements de l'oeil. Les réflexes statiques et stato-cinétiques furent examinés par la méthode de Magnus.

Conclusions: l'injection d'une assez forte dose de pernoctone (0,8 par kilo) provoque des mouvements oscillatoires des globes oculaires aussi dans la position latérale de tête que dans sa position normale; les réflexes caloriques sont ordinairement supprimée. Quant aux réflexes statiques et stato-cinétiques ce sont les réflexes sur les mouvements progressifs et les réflexes concernant la fixation de la tête qui sont diminués ou qui disparaissent les prémiers. Les fortes doses de pernoctone suppriment tous les réflexes labyrintiques.

*Szumowski.* Sur la conductibilité thermique des apophyses mastoïdes (l'épreuve du prof. Zalewski). L'auteur présente les résultats des recherches qui ont été faites jusqu'à présent sur l'épreuve de la conductibilité thermîque des mastoïdes, donnée par le prof. Zalewski. Ensuite il décrit 205 épreuves faites à la clinique O. R. L. de Lwów. Après avoîr discuté les résultats détaillés des ses examens il propose de réduire et de raccourcir la durée de l'exécution de l'épreuve à 15 ou 20 minutes du refroidissement, afin de la rendre plus pratique. Il décrit l'influence de la structure des mastoïdes sur leur conductibilité thermique et les conditions techniques d'une bonne épreuve.

*Dobrzański.* L'oesophagoscopie, son importance diagnostique et thérapeutique. L'auteur présente un rapport detaillé sur la question, décrit toutes les méthodes modernes de la technique oesophagoscopique et attire notre attention d'une part sur l'aptitude de l'appareillage de Chevalier Jackson et d'autre — sur la commodité pendant l'opération de la position couchée des malades sur le ventre. L'oesophagoscopie — c'est une méthode assez difficile; pour donner des résultats satisfaisants elle doit être manier par des maîns habiles du spécialiste. L'auteur analyse des indications et des contreindications de l'oesophagoscopie, s'arrêtant minutieusement sur les diverses lésions de l'oesophage dont l'amélioratîon ou la guérison complète peut-on obtenir par le traitemant oesophagoscopique. *A. S.*

*Sawicz.* Un cas de kyste du larynx. Déscription d'un kyste de la face antérieure de l'épiglotte cher un malade de 27 ans, opéré sans accident au moyen d'un serre-noeud. L'examen histologique de la paroi kystique permet à l'auteur de le compter au nombre des kystes d'origine réténtielle.

*Imich.* Considérations sur l'amygdalectomie chez les enfants. L'auteur passant en revue les différentes théories sur le rôle des amygdales palatines et les diverses opinions sur la question du traitement des amygdales malades constate que le nombre des partisans de l'amygdalectomie va de plus en plus en augmentant.

Parmi les plusieures centaînes des amygdalectomies totales chez les enfants d'aprés la méthode de Sluder, l'auteur a pu éxaminé 4—9 ans après l'intervention 225 enfants opérés. Les résultats étaient suivants: dans 90% des cas une guérison compléte ou une amélioration notable de l'état malade, dans 10% seulement l'opération est restée sans effet, dans aucun cas il n'est survenue une aggravation de l'état général. Ces observations lui permettent de penser que l'amygdale-

ctomie totale selon Sluder est une opération indispensable dans tous les cas d'amygdalite chronique chez les enfants. Quant à l'amygdalotomie il la reserve seulement pour les cas das amygdales hypértrophiées

*Lewenfisz.* Contribution au traitement des angiomes du larynx. L'auteur relate un cas de l'angiome caverneux du larynx chez un malade de 50 ans, qui se plaignait depuis longtemps de toux pénible, d'enrouement et parfois de la dyspnée. La tumeur de volume d'une forte noix, rouge et bleue a pour point de départ l'aryténoïde gauche, le repli ary-épiglottique et la corde vocale gauche. Le stylet fait facilement le tour de cette tumeur qui se diminue et change la couleur au moindre contact.

Aprés la ligature d'artère thyreoïdienne supérieure gauche l'auteur a détruit la tumeur par diathermocoagulation. Guérison.

*Zuberbier.* Contribution a la casuistique d'otite moyenne suppurée scléromateuse. Observation: K. B. 41 ans, agriculteur, atteint depuis longtemps du sclérome du nez et du mesopharynx présente une otorrhée chronique avec une sécretion fétide et des masses polypeuses dans le conduit externe. La diminution de l'audition très marquée. L'examen histologique des granulations démontre le tissu scléromateux avec les nombreuses cellules plasmatiques, cellules de Mikulicz et des globules de Russel. La réaction de Bordet-Gengou avec l'antigène spécifique positive. Après le traitement chirurgical du nez on a lui appliqué les irradiations des parties malades Guérison.

*Godlewski.* Ostéomyelite maxillaire. Déscription d'un cas d'ostéomyelite maxillaire droite d'origine dentaire. Complication d'une meningite purulente Mort quatre jours après les symptômes initiaux.

*Schwarzbart.* Contribution a la clinique d'abcès du cerveu d'origine otique. L'auteur se basant sur deux observations personnelles d'abcès du cerveau (l'un chez un malade de 17 ans, l'autre chez un nourrisson de 8 mois—ce qui est une rareté exceptionnelle) attire notre attention sur l'importance diagnostique des symptômes suivants: 1) le frisson vague initial qui est décrit en général par le patient comme une „sensation de frisson"; 2) le caractère de la formule leucocytaire, qui dans les complication intracraniennes donne l'accroissement des leucocytes, de même que du pourcentage des neutrophiles, la monocytose considérable et diminution des cellules éosinophiles et basophiles; 3) le bombement de la dure-mère trouvé pendant l'opération.

Prof. *J. Szmurło.* Les hôpitaux en Pologne et l'otolaryngologie. L'otolaryngologie, en se développant sans cesse, est devenue actuellement une grande spécialité. Elle est traitée néanmoins en Pologne avec une negligence qui n'est pas justifiée du tout. Le nombre des lits n'est pas conforme aux besoins des mala des, et ne dépasse pas le chiffre de 500 qui est du moins 5 fois moindre, sur un total de 53000 lits, de celui qui est necessaire. Une augmentation du nombre des lits et de celui des services otolaryngologiques dans tous les hôpitaux où le nombre des lits dépasse 150 est indispensable, et nombre des lits dans les services otolaryngologiques doit constituer 5% ou même 6% du nombre total.

L'action propagatrice doit être menée par la société O-L Polonaise qui organisera des conférences sur le sujet dans les sociétés médicales scientifiques et professionelles et ses mémoriaux seront présentés aux municipalités des grandes villes polonaises et aux ministères de l'Intérieur et de la Santé et de l'Assistance publique.

---